PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO.

REDAKTOR GŁÓWNY I ODPOWIEDZIALNY:

PROF. DR. LEON BLUMENSTOK.

Rok XXIX. — 1890.

KRAKÓW.
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO.

W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.
1890.

SPIS RZECZY

zawartych w Tomie XXIX. „Przeglądu Lekarskiego".

(Liczby oznaczają strony).

III. Odcinek.

IV. Spis alfabetyczny rzeczy zawartych w pracach oryginalnych i sprawozdaniach.

V. Sprawozdania z posiedzeń Towarzystw lekarskich.

VI. Nekrologia.

VII.

Spis alfabetyczny autorów[1]).

---

[1]) Nazwiska autorów prac oryginalnych są oznaczone rozstrzelonym drukiem.

Rok XXIX. Kraków, 4 Stycznia 1890. Nr. 1.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1$^1/_2$ „	„ 3$^1/_2$ „	„ 6 „

I. Z pracowni prosektoryjum szpitala powszechnego we Lwowie.

Przyczynki do kazuistyki „Porencephalii.“

Podał
Prof. Dr. Longin Feigel,
Prosektor szpitala powszechnego lwowskiego.

Pomiędzy rozmaitemi postaciami zbezkształceń mózgu zajmują bezsprzecznie bardzo ciekawe miejsce braki częściowe istoty mózgowéj, znane pod nazwą Porencephalii. Przypadki tego rodzaju były wprawdzie już dawniéj znane i w piśmiennictwie tu i ówdzie opisywane; atoli pierwszy prof. Heschl opisał je dokładniéj w r. 1868 i nadał im powyż wspomnianą nazwę z powodu częstego kształtu braków istoty mózgowéj szczelinowatego, lub nawet lejkowatego. Nie są one jednakże w ogóle zbyt częste, skoro prof. Kundrat, poświęcając zmianom tym bardzo gruntowną pracę patologiczno-anatomiczną, zebrał w r. 1882 w ogóle 29 przypadków z obcych, do tego czasu znanych opisów, 12 przypadków zaś opisuje nadto takich, które sam miał sposobność obserwować, tak, że ogólna liczba znanych do tego czasu przypadków porencefalii wynosiła 41; dodając do téj liczby późniéj jeszcze opisane przez prof. Klebsa 3 przypadki, liczba ogólna do dnia dzisiejszego znanych przypadków porencefalii wynosi zaledwie 44.

Rozległość dotyczących braków istoty mózgowéj może być bardzo rozmaitą tak, iż w jednym przypadku brakuje zaledwie jednego zakrętu mózgowego, w innych niemal całéj półkuli wielkiéj, w innych wreszcie przypadkach brakuje niemal całego mózgu, z wyjątkiem zwojów podstawowych mózgu, a nawet, jak to zobaczymy, brakować może i tych ostatnich, tak, iż tylko móżdżek jest jeszcze utrzymanym. Przypadki ostatniego rodzaju, ściśle wziąwszy, nie stanowią już t. zw. porencefalii, lecz mogłyby być zaliczone do tak zw. anencefalii częściowéj; łączą się one jednak z innemi przypadkami porencefalii pod względem równéj lub zbliżonéj przyczyny powstania swego i przedstawiają w ogóle tylko wyższy stopień tego samego zboczenia, dla czego też i tego rodzaju przypadki zaliczane bywają do porencefalij.

Przez pierwszych 4 lat mego urzędowania w prosektoryjum szpitala powszechnego lwowskiego nie napotkałem przy sekcyi ani razu podobnéj wady mózgowia; od tego czasu jednak zdarzyło mi się napotkać przy sekcyjach naukowych pięć przypadków, które różnią się od siebie wybitnie rozległością braku istoty mózgowéj i przedstawiają właśnie najlżejszy, średni i najwyższy stopień owych braków, z których ostatni nie znalazłem nawet dotychczas opisanym. Rzadkość tedy tych przypadków w ogóle, jako też wspomniana różnica ich pomiędzy sobą, częścią zaś i ze znanemi dotąd przypadkami, usprawiedliwią opisanie ich dokładne i zwrócenie uwagi szan. czytelników na nasze przypadki. Pozwolę sobie przytem nadmienić, iż przy zestawieniu przypadków nie będę się trzymał porządku chronologicznego, t. j. czasu, kiedy pojedynczy przypadek się wydarzył, lecz zestawiłem przypadki nasze według rozległości i głębokości zmian znalezionych, zaczynając opis od przypadku stopniem swym najlżejszego, a kończąc na opisie przypadku najbardziéj ciężkiego.

Pierwszy okaz, najlżejszy co do stopnia zmian napotkanych w mózgu, a przytem najdawniejszy w naszym zbiorze, pochodzi od choréj Teresy G., lat 40 liczącéj, zmarłéj na oddziale II. chorób wewnętrznych kobiecym Wgo Dr. Opolskiego, z rozpoznaniem klinicznem: „*Paralysis nervi facialis dextri. Neuralgia trigemini. Otitis dextra. Meningitis.*“ Obdukcyja zwłok, wykonana dnia 29 kwietnia 1877 roku wykazała: „*Otitis dextra externa et interna purulenta, subseq. carie ossis petrosi dextri et meningitide purulenta basilari et convexitatis loborum frontalium hemispherae majoris utriusque cerebri. Defectus cerebri cystiformis, magnitudinis mali, in*

regione gyri centralis anterioris et posterioris, lobi parietalis, gyri supramarginalis lateris dextri, subarachnoidealis, post emollitionem obsoletam, cum ventriculo cerebri laterali non communicans (Porencephalia). Pneumonia catarrhalis hypostatica dextra; oedema acutum pulmonis sinistri. Steatosis subacuta cordis, hepatis, lienis et renum. Catarrhus gastro intestinalis acutus.“

Budowa czaszki była prawidłowa; kości czaszki prawidłowo wysklepione, z obu stron symetryczne. Opony twarde prawidłowo cienkie. Opony miękkie lekko zgrubiałe i białawe, mętne, na całéj podstawie i na wypukłości obu płatów czołowych pokryte są dość grubą warstwą wypociny ropiastéj, wychodzącéj z zapalenia ropiastego ucha środkowego prawego, połączonego z naciekiem ropiastym komórek kostnych sutkowych i częściowem obumarciem kości. W okolicy przedniego i tylnego zwoju środkowego, przedniego odcinka zwoju potylicznego przedniego i zwoju nadbrzeżnego (*g. supramarginalis)* półkuli mózgowéj prawéj widać, w oddaleniu niespełna 1 ctm. od zatoki sierpowéj, jamę okrągłą, wielkości miernego jabłka, średnicy 4 ctm., pokrytą jakby przeponą, nieco zgrubiałą pajęczówką, a wypełnioną czystym płynem surowiczym. Otwór do téj jamy na powierzchni mózgu jest niemal o połowę mniejszy, niż średnica jamy; brzegi otworu tego utworzone są z cienkiéj warstwy istoty korowéj zwojów okolicznych, które kończą się na samym brzegu otworu jakby ostro ucięte, jako też z rąbka. złożonego z utkania gąbczasto-pajęczynowatego, strzępiastego, nierównego, do 0.5 ctm. miejscami szerokiego, które wywinięte wystercza miejscami z jamy opisanéj ku pokrywającéj jamę pajęczówce. Wewnętrzna powierzchnia ścian jamy opisanéj składa się tylko z istoty mózgowéj białéj, pokrytej delikatną, pomarszczoną błonką, podobną do naczyniówki (*pia mater*). Zmarszczki błony téj tworzą na ścianach bocznych jamy linije, nadające powierzchni jéj pewne podobieństwo do rysunków zwojów mózgowych; atoli bliższe oględziny wykazują, że tu nie ma już ani śladu zwojów mózgowych, które kończą się u brzegów jamy; ściany zaś jéj tworzy jedynie istota biała mózgu, pokryta ową delikatną błonką. Zabarwienie ścian jamy opisanéj jest przeważnie szare, lub brudno-szarawe; w kilku miejscach jednak, głównie zaś na dnie jamy, w którem widać grubą warstewkę utkania pajęczynowatego, widać złogi pomarańczowego lub brunatnego barwiku. Połączenia opisanéj jamy z komorami mózgowemi nie widać żadnego. Kierunek, ułożenie, szerokość i grubość zwojów mózgowych na powierzchni mózgu jest zresztą na obu półkulach mózgowych zupełnie prawidłowe i zwykłe; zwoje mózgowe w najbliższem otoczeniu opisanéj jamy okazują przebieg również zupełnie prawidłowy i tylko są u samego brzegu otworu mocno ścieńczałe i jakby nagle ucięte. Komory mózgowe, o ile to widzieć można bez uszkodzenia wyrobu, są zwykłéj rozległości; zwoje podstawowe mózgu, most Varola i móżdżek prawidłowej wielkości i budowy.

Pod względem klinicznym nie zauważano u dotyczącéj choréj, jak długo była przytomną, żadnych objawów, któreby wskazywały były na głębsze cierpienie mózgowia. Porażenie nerwu twarzowego i nerwica nerwu trójdzielnego bowiem tłomaczyły się dostatecznie cierpieniem głębokiem ucha prawego.

Drugi okaz, różniący się od pierwszego przypadku bardzo wybitnie, pochodzi ze zwłok Natalii K., 70 lat liczącéj, zmarłéj na oddziale II. chorób wewn. kobiecym Wgo Dra Opolskiego z rozpoznaniem: „Pleuropneumonia.“

Obdukcyja zwłok, wykonana dn. 16 października 1888 r., wykazała: „*Defectus cystiformis in regione gyri centralis posterioris et medii hemispherae majoris sinistrae — Porencephalia — in ventriculum cerebri lateralem tendens. Pleuropneumonia crouposa fere totius pulmonis sinistri in stadio solutionis. Steatosis progressa cordis. Infiltratio adiposa hepatis, lienis et renum. Catarrhus gastro-intestinalis chronicus. Marasmus senilis.*“

Jama czaszkowa okazuje lekki stopień asymetryi, gdyż prawa połowa jest nieco więcéj wysklepioną, lewa połowa sklepienia czaszki zaś nieco płytsza i jakby z boku, szczególnie ku potylicy, spłaszczona. Jamy u podstawy czaszki są natomiast prawidłowych rozmiarów i po obu stronach symetryczne. Opony mózgowe twarde prawidłowe; miękkie nieco zgrubiałe i mlecznawo zmętniałe. Półkula mózgowa prawa jest prawidłowo zbudowana, 15 ctm. od przodu ku potylicy długa; zwoje mózgowe dość cienkie, zresztą prawidłowo ułożone; rowki pomiędzy zwojami dość głębokie, surowicą czystą wypełnione. W okolicy tylnego zwoju środkowego, nadbrzeżnego, przedniej części zwoju ciemieniowego wyższego i średniego półkuli mózgowéj lewéj widać lejkowato w głąb półkuli zagłębiającą się jamę, od przodu ku tyłowi 4 ctm., w poprzecznym wymiarze 5 ctm. szeroką, od zatoki sierpowatéj mostkiem zaledwie 1 ctm. szerokim utrzymanéj istoty mózgowéj odgraniczoną, po za którą ku tylnemu końcowi części potylicznéj półkuli widać jeszcze w długości 3 ctm. utrzymaną półkulę mózgową lewą. Półkula ta jest o 2 ctm. krótszą w tylnéj swéj części, niż półkula prawa, a część potyliczna półkuli lewéj jest nadto wskutek zaciągnięcia ku jamie opisanéj na zewnątrz wygiętą tak, że szpara pomiędzy obiema półkulami jest ku tyłowi w kształcie trójkąta aż do 3 ctm u podstawy szerokiego, rozwartą. Zwoje mózgowe lewéj półkuli są w części przedniéj (czołowéj) i środkowéj, podobnie jak w końcu potylicznym, zupełnie prawidłowo ułożone i zbudowane. Zwoje leżące w najbliższem otoczeniu opisanéj jamy nie kończą się, jak w przypadku pierwszym, na brzegu takowéj, lecz doszedłszy do brzegu samego, wyginają się nagle ku jamie saméj i przebiegają po bocznych jéj ścianach w głąb takowéj, tworząc w wysokości 3 ctm. boczne ściany braku mózgowego, a dopiero w dalszéj głębi gubią się powoli zwoje mózgowe w ścianach jamy, które głębiéj jeszcze utworzone są przez gładką, białawo-szarą istotę białą. Jama opisana jest w ogóle 4 ctm. głęboką, a dno jéj tworzy ściana gładka, szarawo-biała, podobna do bocznych ścian jamy, poniżéj ukończenia zwojów w takowych. Jak daleko w jamie téj sięgają zwoje mózgowe, tak daleko są takowe pokryte i błoną naczyniową (*pia mater*), podczas gdy daléj w głębi nie widać żadnego pokrycia błoniastego ścian i dna jamy. Pajęczówka zaś pokrywa na powierzchni mózgu i opisaną jamę, będąc nad nią rozpiętą w postaci przepony i zamykając takową w płaszczyźnie powierzchni półkul mózgowych. W zewnętrznym kącie dna jamy opisanéj spostrzegamy przytem poprzecznie szczelinowaty otworek rozległości małéj fasolki, w który wprowadzona zakrzywiona sonda dochodzi do tylnego rogu komórki mózgowéj lewéj. Przytem widzimy też, że dno opisanéj jamy tworzy tylko bardzo cienka, delikatna błona, która na sondzie z łatwością się wypukla. Otworkiem opisanym stoi więc jama istniejąca w półkuli lewéj w połączeniu z komorami mózgowemi. Komory mózgowe, o ile to dostrzedz można bez uszkodzenia mózgu, są lekko powiększone. Zwoje prawidłowe, most Varola, móżdżek i rdzeń przedłużony prawidłowe. (C. d. n.)

II. O doszczętnem leczeniu wola w ogólności a o wyłuszczeniu go sposobem Socina w szczególności.

Na podstawie własnych doświadczeń przedstawił
Prof. Dr. Alfred Obalinski.
(Rzecz wyłożona na pierwszym zjeździe Chirurgów polskich).

Jak w ogóle chirurdzy dopiero w ostatnich 15 latach częściéj zaczęli się zabierać do radykalnego, to jest operacyjnego leczenia wola, tak i w naszym szpitalu powszechnym dopiero przed dziesięciu laty po raz pierwszy została dokonaną taka operacyja.

W ciągu dziesięciolecia wykonałem ją 50 razy w obec 3423 operacyj w ogóle przedsięwziętych na 10,621 chorych leczonych w tym samym czasie w oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Pomijam szczegółowe opisy przypadków, któreby tylko znużyć mogły a do właściwego nie doprowadziły nas celu, przystępuję wprost do ogólnych uwag, które mi się nasunęły przy rozpatrywaniu mego materyjału.

1) Materyjał nasz powiększał się w prostym stosunku do rezultatów, jakieśmy tym sposobem osiągali, do zaufania własnego w użyte metody, jako też i do zaufania publiczności tą chorobą dotkniętéj. Najlepiéj wykazuje to następująca tablica:

w roku	1880	operowałem	1 przypadek
„ „	1881	„	2 przypadki
„ „	1882	„	2 „
„ „	1883	„	1 przypadek
„ „	1884	„	1 „
„ „	1885	„	5 przypadków
„ „	1886	„	6 „
„ „	1887	„	7 „
„ „	1888	„	5 „
„ „	1889 [1]	„	19 „
		Razem .	50

Nie ulega kwestyi, że u nas i poprzednio był lub mógł być taki sam materyjał, tylko że ten lub ów ambulant zbyty podówczas przepisem na leki, które nie na wiele mu się przydały, nie namawiał innych podobnie chorych do zgłaszania się w naszych zakładach, podczas gdy obecnie niejednokrotnie mieliśmy sposobność stwierdzenia, że rekonwalescenci po operacyi wola stali się gorliwymi propagatorami w swéj okolicy pomiędzy chorymi podobną chorobą dotkniętymi.

2) **Głównem wskazaniem** do operacyi były dla mnie przypady duszności, które albo przeszkodą się stawały w zarobkowaniu, albo mąciły przyjemności życia; że jednak u zgłaszającéj się u mnie publiczności musiały odgrywać także nie małą rolę powody kosmetyczne, zdaje się na to wskazywać cyfra operowanych kobiet (35), która znacznie jest większą niż podwójnie wzięta liczba mężczyzn (15).

3) Na 50 operowanych umarło dwoje, co daje 4% śmiertelności, t. z. stosunek bardzo mały wobec tego, jakim on był w czasach przed zaprowadzeniem antyseptyki i wyrobieniem się techniki operacyjnéj. Jak bowiem poucza nas historyja naszéj nauki, to strumektomije były od dawna przez chirurgów zalecane, wykonywane i znów porzucane, a to głównie z powodu wielkiéj śmiertelności nietylko po, ale nawet podczas operacyi. Dla porównania przytaczam tutaj kilka dat statystycznych dotyczących śmiertelności po tych operacyjach. I tak podaje ją Günther na 32·4%, Liebrecht zniża ją już do 19·8%, Knie i Focht do 18·7%. Kocher osiągnął w pierwszéj seryi 11·6%, a w drugiéj nawet 2·4% czyli średnio 7%; Mikulicz 4·3%, a Zesas podobnie jak ja 4%.

[1]) Do końca września.

Ta wykazana przezemnie śmiertelność stanie się jeszcze niższą, jeżeli zważymy, jakie szczególniejsze czynniki wpłynęły w obydwu w mowie będących przypadkach na sprowadzenie zejścia śmiertelnego.

Pierwszy z nich Michał Kusek, któremu 4/12 1883 wyciąłem był wól (strumektomia) zmarł wskutek ropnicy, która wzięła początek nie w ranie operacyjnéj lecz w pozostawionym obok rany małym guzie dodatkowym (*struma supernumeraria*), w którym wyrobił się był ropień na podstawie ogniska powstałego po poprzednich wstrzykiwaniach śródmiąższowych nalewki jodowéj, a czego niezbitym dowodem było podobneż ognisko w wydobytym podczas operacyi dużym guzie. Przy téj sposobności wypowiadam tę samą przestrogę, którą już poprzednio (*Centralblatt f. Chirurgie* 1884, 9) byłem wyrzekł, że owe wstrzykiwania śródmiąższowe nie są tak niewinnemi, jakby się to na pierwszy rzut oka mogło wydawać.

Drugi operowany zmarł w kilkanaście godzin po operacyi (obustronnéj resekcyi wola) z zapadu, a więc w tym przypadku niewątpliwie w następstwie samego rękoczynu. Mimo tego nie mogę nie wspomnieć tutaj o pewnéj okoliczności, która najprawdopodobniej na zejście śmiertelne wpłynąć musiała. Pacyjent ten był chłopcem 17 lat liczącym, według podania od urodzenia wólem obdarzonym, z wyrazem twarzy na pół zwierzęcym, zamiast zwykléj artykułowanéj mowy, jakiegoś dziwacznego tonu do skrzeczenia podobnego używającym — czyli jednem słowem był skończonym matołkiem (*cretinismus*). Gdy nadto w sierpniu b. r. wól, już dotąd dosyć sporych rozmiarów, jeszcze nagle się powiększył, a przezto wywołał znaczną duszność, oddała go opiekunka do naszego zakładu, gdzie, jakkolwiek uznawaliśmy trudność zabiegu, przecież wobec danych okoliczności nie mieliśmy żadnych skrupułów do przedsięwzięcia u niego operacyi. W dniu 7-ym września wykonałem obustronną resekcyję wola, przyczem pacyjent wprawdzie stracił nieco więcéj krwi, niż to zazwyczaj bywa, lecz po operacyi okazywał tętno wcale dobre i spał spokojnie oddychając pełną piersią i bez duszności. Mimo to nie wrócił on już do przytomności, zapadał na siłach coraz bardziéj, aż wreszcie pomimo podawania środków wzmacniających i pobudzających w nocy życie zakończył. Sekcyja wykazała tylko wybitną niedokrewność organów wewnętrznych. Nie mogąc jednak przypuścić śmierci z zakrwawienia, gdyż ani podczas operacyi nie była utrata krwi tak bardzo znaczną, ani przesączanie po niéj tak bardzo obfitem, muszę się skłonić do przyjęcia hypotezy, że tutaj odjęcie tak znacznie powiększonego organu, jakim był niniejszy wól, musiało u człowieka dotkniętego matołectwem wywołać wpływ niezwykły, a to tembardziéj, że nawet u ludzi zresztą normalnych, rękoczyn taki wywołać może zmiany objęte mianem *cachexia strumipriva* czyli, jak Kocher słusznie żąda, *thyreopriva*. Nie zdarzyło mi się dotąd napotkać w literaturze opisu przypadku, w którymby operacyja wola odbyła się na matołku, przeto zdaje mi się, że niniejsze spostrzeżenie zasługuje na uwagę i może przyczynić się do wyjaśnienia niektórych ciemnych stron w kwestyi dotyczącéj rozwoju wolów.

4) **Metody operacyjne** w tych 5-ciu przypadkach użyte były następujące:

a) Nakłócie z następnem wstrzyknięciem (*punctio — injectio*) . . . . 1 raz
b) Nacięcie i drenowanie (*strumotomia*) . . . 3 razy
c) Wycięcie wola (*strumectomia*) . . . . . 14 „
d) Odcięcie częściowe wola (*resectio strumae*) . 5 „
e) Wyłuszczenie wola (*enucleatio strumae*) . . 23 „
f) Podwiązanie tętnic tarczowych . . . . . 4 „
Razem . 50 razy

ad a) Raz tylko spróbowałem w przypadku wybitnego wola torbielowego nakłóć go cienkim trójgrańcem, wypuścić treść jego płynną, a natomiast wstrzyknąć rozcieńczoną nalewkę jodową. Skutku nie widziałem żadnego, a natomiast odczyn bardzo znaczny — dlatego w kilkanaście dni przystąpiłem do innego rękoczynu i już więcéj nigdy do téj metody się nie uciekałem; nie nabrałem bowiem do niéj tak samo zaufania, jak go nie mogłem nabrać przy stósowaniu jéj w innych podobnych chorobach, n. p. wodniaku mosznowym (*hydrocele scroti* [1]).

ad b) Strumotomija nie dała mi tak złych rezultatów, albowiem we wszystkich trzech przypadkach, w których jéj użyłem, osiągnąłem cel zamierzony, jednak tylko w dwóch we względnie dosyć prędkim terminie (2—4 tygodni), w trzecim zaś wytworzyła się przetoka, która wymagała kilku miesięcy czasu do wygojenia i pociągała za sobą różne nieprzyjemne następstwa (jak n. p. długotrwałe ropienie, zatrzymywanie się ropy i t. p.), pomimo starannego antyseptycznego postępowania. Postępowanie to polega na przecięciu skóry i torbiela, przyszyciu brzegów tego ostatniego z brzegami pierwszéj i wydrenowaniu lub wytamponowaniu jamy gazą jodoformową po poprzedniem oczyszczeniu téjże mocnym roztworem karbolu i wysmarowaniu nalewką jodową, a polecałbym je nadal tylko tam, gdzie inne radykalniejsze dla ważnych jakichś powodów nie dałoby się zastósować.

ad c) Na 14 przypadków strumektomii jeden uległ ropnicy i to, jak już powyżéj wykazałem, nie z winy metody, lecz towarzyszących okoliczności; wszystkie inne goiły się szybko przez rychłozrost tak, iż zupełne wygojenie miało miejsce między 15 a 30 dniem. Co do następowych przypadów zauważanych w ciągu leczenia tą metodą operowanych mam do zanotowania następujące uwagi. W kilku przypadkach, osobliwie zaś tam, gdzie odjęto na raz po obu stronach wóle większych rozmiarów, utrzymywało się przez kilka dni po operacyi charakterystyczne charczenie przy głośnym wdechu i chrypliwym głosie; po kilku jednak dniach ustępowały, aby więcéj nie powrócić. W jednym przypadku, w którym u 20 letniéj dziewczyny odjęto na raz po obu stronach wóle dosyć znacznych rozmiarów, wystąpiły były napady podobne do padaczkowych. Wprawdzie twierdziła pacyjentka, że ona podobne napady czasem już w domu miewała; wobec jednak niezbitego faktu, że napady te przez kilka dni po operacyi po kilkakroć się powtarzały, a w ciągu 12 sto-dniowéj obserwacyi w szpitalu przed operacyją ani razu ich nie spostrzeżono, uważałem sobie za obowiązek zwrócenie uwagi szanownych kolegów na szczególniejszy ten związek przyczynowy. (Dok. nast.)

[1]) Raz jedyny widziałem niezły skutek z podobnego leczenia w przypadku z praktyki prywatnéj, gdzie jednak guz okazywał kilkanaście drobniejszych torbieli obok siebie położonych.

III. Z pracowni własnéj.

Przyczynek do znajomości zachowania się prątków durowych w wodzie,

podał
Dr. Justyn Karliński,
lekarz powiatowy w Stolacu w Herzegowinie.

Kiedym przed niespełna rokiem wykończał poszukiwania moje nad zachowaniem się prątków durowych w wodzie studziennéj, nasunęło mi się zresztą uzasadnione pytanie, czy wyniki z przedsięwziętych doświadczeń rozszerzone być mogą na stosunki ogólne? czy na większą skalę przedsięwzięte, zawsze jednak ściśle biorąc doświadczenie laboratoryjne, uprawnia już do wysnuwania wniosków stanowczych co do prawdziwości teoryi szukającéj w wodzie jednego z najważniejszych źródeł zakażenia durowego? W doświadczeniach owych wprowadzałem do wody studziennéj różnie wielkie ilości prątków durowych, pochodzących z hodowli — ilości bądź co bądź niezmierne, które po 3 × 24 godzinnym pobycie w wodzie doszczętnie znikały. Brakło mi podówczas poszukiwań nad ilościowem znachodzeniem się prątków durowych w kale, poszukiwań, które wkrótce potem podjęte w małéj cząstce są w stanie rozświecić ciemną pod wielu względami kwestyję zakażenia durowego. Z poszukiwań owych wynikło, że prątki durowe w kale osób dotkniętych istotnie się znachodzą, że z kałem w zmiennie wielkiéj ilości w nowe warunki bytu przeniesione, czas pewien żywotność swoją zachowują; zachodziła zatem potrzeba rozszerzenia pierwotnych mych poszukiwań przedewszystkiem w tym kierunku: czy wyniki osiągnięte z materyjałem pochodzącym z hodowli zgodzą się z wynikami doświadczenia w ten sposób zmienionego, że do wody zamiast hodowli wprowadzonym zostanie kał durowy, doświadczenia ilustrującego sztucznie wywołane zakażenie wody do picia przeznaczonéj.

Ponieważ z przyczyn często lokalnéj natury rozpoczynając poszukiwania te do doświadczeń moich żadnéj studni użyć nie mogłem, postanowiłem akomodując się do tychże warunków posługiwać się wodą zbiornikową, to jest zakażać obraną cysternę o znanym mi składzie chemicznym wody kałem durowym.

Cysterna, którą się do doświadczeń moich posługiwałem, pochodziła z czasów tureckich, wykopana w gruncie grubo-ziarnistym, bez należytego wycementowania spojeń olbrzymich, lecz łatwo wodę pochłaniających kamieni ściany tworzących, bez owéj przestrzeni fitrującéj, w któréj dopływająca woda przed dostaniem się do zbiornika wpierw przez warstwę piasku oczyszcza się, bez należytego pokrycia otworu, przez który woda czerpaną bywa, od lat kilkudziesięciu nie była w użyciu. Okoliczne dachy stanowiły przestrzeń zbiornikową, z któréj rynnami woda deszczowa spływała.

Ilość wody w cysternie znachodzącéj się wynosiła w chwili rozpoczęcia doświadczeń 31 hektolitrów, a skład chemiczny téjże był następującym:

w 1 litrze wody znachodziło się w milligramach:

Części stałych	Chloru	Kwasu azotowego	Kwasu azotawego	Ilość spotrzebowanego tlenu do utlenienia połączeń organicznych
710	37	86	ślady	12·6

Ciepłota wody 14·1 °C. (przy 26·°C. ciepłoty powietrza), dość wielkie zmętnienie bez wybitnego smaku i zapachu. Ilość bakteryj w 1 ctm.³ wynosiła średnio 1910 kolonij, reprezentujących 8 łatwych do odróżnienia gatunków drobnoustrojów.

17/VIII. 1888 dodałem do wody znachodzącéj się w zbiorniku 1900 ctm.³ kału durowego, zebranego z kilku dni od pacyjenta w drugim tygodniu choroby będącego, kału, który jak mnie odnośne poszukiwania pouczyły średnio 700 kolonij prątka durowego w 1 ctm.³ zawierał, a zmięszawszy wodę dokładnie

za pomocą drążka opatrzonego kilku w kształcie promieni umocowanemi deseczkami zaczerpałem nieco wody, celem podjęcia nowego bakteryjologiczno-chemicznego badania. To samo powtarzałem codziennie przez następnych dni 12-cie.

Skład wody w 24 godzin po dodaniu kału był następującym:

w 1 litrze wody znachodziło się w milligramach:

Części stałych	Chloru	Kwasu azotowego	Kwasu azotawego	Amoniaku	Ilość spotrzebowanego tlenu do utlenienia połączeń org.
770	41	89	ślady	ślady	16·4

i utrzymywał się przez następnych dni 5 na téj samej wysokości.

Ilość znachodzących się w wodzie drobnoustrojów wzrosła w 2-gim dniu do 30.000, w 3-cim do 45.000, w 4-tym do 36000, w 5 tym do 21.000 w 1 ctm.³, a jeszcze w 11-tym dniu doświadczenia, w którym skład chemiczny powrócił był już do pierwotnego stanu, wynosiła 2000. Dodać muszę, że każdego dnia co najmniéj 12-cie hodowli płytkowych uskuteczniałem, że każdego dnia zawartość zbiornika przez dokładne i dość długo trwające zmięszanie mąconą bywała.

P o d c z a s g d y n a h o d o w l a c h p ł y t k o w y c h u s k u t e c z n i o n y c h z p r ó b k a m i w o d y z a c z e r p n i ę t é j w g o d z i n ę p o d o d a n i u k a ł u i l o ś ć k o l o n i j p r ą t k a d u r o w e g o 60 w 1 ctm.³ w y n o s i ł a, z n a l a z ł e m n a 35 p ł y t k o w y c h h o d o w l a c h u s k u t e c z n i o n y c h z 1 ctm.³ w o d y z p i e r w s z e g o d n i a d o ś w i a d c z e n i a 49 k o l o n i j t e g o ż, a n a p ł y t k a c h z d n i a d r u g i e g o z a l e d w i e 16-cie w 1 ctm.³ W d n i a c h n a s t ę p n y c h p r ą t e k d u r o w y s t a n o w c z o w w o d z i e s i ę n i e z n a c h o d z i ł.

Po ukończeniu tegoż doświadczenia wodę z cysterną wyczerpałem, całą ilość znachodzącego się osadu oczyścić i usunąć nakazałem, a po osuszeniu ścian i dna dodałem 28 hektolitrów wody rzecznéj, która przez dni 3 pozostawiona w spokoju następujący skład chemiczny okazywała:

W 1 litrze wody znachodziło się w milligramach:

Części stałych	Chloru	Kwasu azotowego	Kwasu azotawego	Amoniaku	Ilość spotrzebowanego tlenu do utlenienia połączeń organicznych
540	26	56	—	—	11·6

Ilość znachodzących się drobnoustrojów w 1 ctm.³ wynosiła 1960, ciepłota średnia 12·6°C. przy 24°C. ciepłoty powietrza. Tym razem dodałem 2060 ctm.³ kału durowego dwóch pacyjentów, kału, w którym według odnośnego badania prątek durowy w znacznéj znachodził się ilości, a zmięszawszy dokładnie zawartość cysterny, zaczerpałem wodę w godzinę po dodaniu celem podjęcia badania chemiczno-bakteryjologicznego i to samo przez następnych dni 10 powtarzałem. Skład chemiczny wody oraz ilość drobnoustrojów w ogóle w 1 ctm.³ przedstawia załączona tablica:

W 1 litrze wody znachodziło się:

Dzień	Części stałych	Chloru	Kwasu azotowego	Kwasu azotawego	Amoniaku	Ilość spotrzebowanego tlenu do zoxydowania połączeń organicznych	Ilość kolonij z 1 ctm.³
w godzinę	580	30	60	wybitny ślad	ślad	20·6	11000
I dzień	600	38	60			36	33000
II	596	36	59			36	40000
III	600	34	56			35	70000
IV	580	30	56			30	50000
V	580	30	54			30	37000
VI	560	26	50		—	30	28000
VII	563	26	50	—	—	23	18000
VIII	548	26	53	—	—	20	13000
IX	550	23	54	—	—	20	13000
X	550	23	56	—	—	19	7000

Przez następnych dni 3 przerwano doświadczenie z powodu silnego opadu atmosferycznego, a po ponownem podjęciu doświadczenia skład wody był następującym:

W 1 litrze wody znachodziło się:

Czas	Części stałych	Chloru	Kwasu azotowego	Kwasu azotawego	Amoniaku	Ilość spotrzebowanego tlenu etc.	Ilość kolonij w 1 ctm.³
XIV	560	23	56	—	—	16	6000
XVI	550	22	54	—	—	14	4000
XVIII	550	24	54	—	—	14	2600

Czternastego dnia doświadczenia wypompowano wodę aż do pozostałości 2 hektolitrów, aby osad na dnie cysterny znachodzący się dostępniejszy badaniu uczynić. Badanie hodowli płytkowych potwierdziło wyniki doświadczenia pierwszego, gdyż podczas gdy w próbkach zaczerpniętych w godzinę po dodaniu kału ilość prątków durowych 89 w 1 ctm.³ wynosiła, reprezentowane były one w I-ym dniu doświadczenia w 50, w II-gim w 12-tu koloniach, od III-go zaś dnia doświadczenia począwszy znikają też zupełnie, mimo że w niektórych dniach wody silnie osadem zanieczyszczonéj do hodowli płytkowych użyto.

W trzeciem doświadczeniu, które zaraz po wyczerpaniu, wyczyszczeniu i wysuszeniu cysterny podjąłem, zmniejszyłem z jednéj strony ilość wody zbiornikowéj, podwyższając z drugiéj ilość dodanego kału durowego. I tak do 4 hektolitrów wody dodałem 3 litry kału durowego 4-ech pacyjentów w trzecim tygodniu choroby będących, kału, który liczne prątki durowe zawierał. Skład wody przed rozpoczęciem doświadczenia był następujący:

W 1 litrze wody znachodził się:

Części stałych	Chloru	Kwasu azotowego	Kwasu azotawego	Amoniaku	Ilość spotrzebowanego tlenu do połączeń organicznych	Ilość kolonij w 1 ctm.³
420	18	36	—	—	8·6	1600

Różnica w składzie chemicznym wody użytéj do tego doświadczenia w porównaniu z poprzednią miała przyczynę swą w większéj czystości wody rzecznéj zaczerpniętéj z Bregawy, która podówczas po nawalnych deszczach jesiennych i otwarcia źródeł i dopływów podziemnych znacznie wyższy stan niż poprzednio okazywała.

Po dodaniu powyższéj ilości kału i dokładnem zmięszaniu zaczerpnięto próbki celem badania chemiczno-bakteryjologicznego, a wyniki przedstawia załączona tablica.

W 1 litrze wody znachodziło się:

Czas	Części stałych	Chloru	Kwasu azotowego	Kwasu azotawego	Amoniaku	Ilość spotrzebowanego tlenu do utlenienia połączeń organicznych	Ilość kolonij w 1 ctm.³
w go dzinę	450	20	39	wybitne ślady	wybitne ślady	11	15000
I	450	20	41			14	40000
II	450	20	41			14	40000
III	445	21	44			14	40000
IV	445	20	40			13	30000
V	440	20	41			13	26000
VI	410	23	40	ślady	ślady	11	26000
VII	440	20	40	ślady		9	28000
VIII	430	20	40	—		9	26000
IX	430	19	41	—	—	9	23000
X	430	20	39	—	—	9	18000
XI	425	21	39	—	—	9	7000
XII	430	20	38	—	—	9	3000
XIII	420	19	38	—	—	9	3000

(Dokończenie nastąpi.)

IV. Ciekawy przypadek pęknięcia czaszki z następną paraplegją.

Podał
Dr. Stanisław Dobrucki,
Ordynator Szpitala Żydowskiego w Lublinie

Chociaż kazuistyka obrażeń głowy różnych rodzai z naj-

rozmaitszemi pęknięciami czaszki i uszkodzeniami mózgu jest dość obfitą, pozwolę sobie ją dopełnić jeszcze jednym przypadkiem, rzadko się zdarzającym, a przedstawiającym jednak niezmiernie ciekawe objawy.

Dawid L. 38 lat liczący, siedząc na wózku przy dozorowaniu robót drzewnych, został uderzony przez jednego z robotników łopatą w lewą okolicę ciemieniową d. 17 września. W pierwszéj chwili stracił przytomność i nie pamięta co się daléj stało i czy był jeszcze gdzie bądź uderzony. Przypomina jednak sobie, że w nocy znalazł się w stodole znajomego chłopa, że miał przez całą noc mocny ból głowy, ciągłe odbijanie i wymioty. Nazajutrz znajomi ludzie wsadzili go do wózka i on sam się powożąc, pojechał do Łęczycy, o 2½ mili drogi odległéj od miejsca katastrofy. Nie pamięta, czy sam zlazł, czy też go zsadzono z wózka, pamięta jednak doskonale bytność lekarza miejscowego, który, sądząc z opowiadania brata L. bardzo prędko odwiedził chorego. Świadczy to, że utrata przytomności trwała bardzo krótko. Choremu zalecono pijawki za uszami a lód na głowę, znalezioną ranę w okolicy lewéj ciemieniowéj wymyto i opatrzono. Chory uskarżał się na silny ból głowy. Nie widząc po tygodniu żadnego polepszenia przybył do szpitala żydowskiego 24 września, czyli w tydzień od chwili pobicia.

Przy badaniu okazuje się: Chory dużego wzrostu i dobréj budowy, zupełnie przytomny. Sam opowiada najdrobniejsze szczegóły o swojem nieszczęściu. Uskarża się tylko na bardzo silny ból głowy. W pierwszéj chwili zwracają uwagę bardzo duże wylewy krwi na około oczodołów, przechodzące na skronie i czoło, i wylewy krwi pod spójówką gałek ocznych, całkowicie zakrywające białkówkę. W okolicy lewéj kości ciemieniowéj blizko jéj górnego tylnego kąta znajduje się rana równoległa do szwu strzałkowego, długości 3 cm. z nierównemi, stłuczonemi, zsiniałemi brzegami. Na dnie rany wyczuwa się zgłębnikiem obnażona kość, w któréj znajduje się podłużne, równoległe do brzegów rany skórnéj pęknięcie kości. Brzegi odłamków nierówne, górny brzeg nieco wklęśnięty i przykryty dolnym, pomiędzy pęknięte powierzchnie zgłębnik nie daje się wprowadzić. Pęknięcia kości po za raną przez skórę nigdzie się nie wyczuwa. Nad prawem uchem znajduje się duży krwawiak, mający w średnicy koło 6 cm.; jak się zachowuje w tem miejscu kość, z powodu znacznego napięcia skóry określić nie można. Chory bez gorączki, tętno 70, oddech prawidłowy. Kończyny funkcyjonują prawidłowo, chory sam wstaje, może się przejść, chociaż niechętnie, gdyż to mu sprawia większy ból głowy. Choremu zalecono lód na głowę, *infusum sennae compositum* wewnętrznie, ranę oczyszczono i nałożono opatrunek jodoformowy.

Do 27-go stan trwa ten sam, ból głowy się trochę zmniejsza. Stan bezgorączkowy, tętno normalne. Wieczorem nagle ciepłota podnosi się do 38·4. W nocy chory, nie mogąc zbudzić posługacza wołaniem, sam wstał z łóżka i po załatwieniu potrzeby położył się napowrót. Nad ranem poczuł silne parcie na mocz, chciał się podnieść z łóżka, lecz nie mógł, podano mu naczynie, pomimo jednak znacznego napinania się oddać moczu nie był w stanie. Od tego czasu chory nie podnosi się z łóżka zupełnie, jak sam to określa: „z powodu odjęcia nóg“, mocz się wypuszcza kateterem.

28-go. Rano. T. 38·3 puls 80, w południe 38·9 wieczorem 39, zupełnie przytomny uskarża się na ból brzucha bardzo mocny, głowa nie boli prawie wcale. Rana wygląda dobrze, ropy wydziela się nie wiele. Skóra, pokrywająca krwawiak nad prawem uchem, mniéj napięta. Kończyny dolne zupełnie bezwładne, chory nie może ani jedną, ani drugą nogą zupełnie ruszyć. Ruchy bierne zupełnie swobodne, żadnego napięcia w kończynach nie ma. Odruchy kolanowe bardzo słabe, w krótce zaś zginęły zupełnie. W kończynach dolnych, jakoteż w dolnéj części tułowia aż do linii, przechodzącéj przez pępek, zupełny brak czucia, nawet na mocne ukłócie igłą. Reakcyje mięśni na prąd przerywany, jakotéż nerwów na prąd galwaniczny zupełnie normalne. Chory oddaje mocz za pomocą kateteru, wypróżnienia bardzo utrudnione pomimo lawatyw i faradyzacyi brzucha, jedna elektroda na powłoki brzuszne, druga zaś do otworu stolcowego. Górne części tułowia poza liniją wyżéj wskazaną, jakoteż i górne kończyny w stanie zupełnie prawidłowym. Choremu zalecono lód na głowę, pijawki za uszami, bańki suche na krzyż, wewnętrznie mixtura anglicana.

29. Rano. Ciepł. 38, w dzień 38·6 T. 108, wieczorem 38·4. Chory tego dnia był oftalmoskopowany, przyczem znaleziono lekkie przekrwienie żył.

Od tego czasu ciepłota prawidłowa, tętno 70 prawidłowe. Porażenie kończyn dolnych, pęcherza i kiszek trwa ciągle. Dopiero w tydzień po przybyciu chorego do szpitala po zniknięciu wylewów krwi spostrzegliśmy pęknięcie czaszki na znacznéj przestrzeni. Mianowicie nad prawem uchem, gdzie się znajdował wyżéj opisany krwawiak, wyczuwa się na dwa palce nad uchem zagłębienie w kości idące ku górze i ku tyłowi długości 3 cm. Od tylnego punktu téj linii idzie pęknięcie czaszki, przyczem górny brzeg więcéj wystaje nad powierzchnią, w kierunku szwu łuskowego, dochodzi do dolnego przedniego kąta kości ciemieniowéj prawéj, który to znacznie wystaje i jest widzialny dla oka. Następnie pęknięcie przechodzi poprzecznie przez kość czołową w samym jéj środku, z bardzo wyraźnym dla oka wałem, pochodzącym od wystawania górnego odłamka. Przechodząc na kość skroniową lewą kontury trochę mniej się uwydatniają, palec jednak wyraźnie może prześledzić liniję pęknięcia, idącą poprzecznie przez kość skroniową i ciemieniową lewą, następnie pęknięcie podnosi się ku górze i przechodzi w wyżéj opisane pęknięcie kości ciemieniowéj lewéj, wyczuwalne w ranie, tak że całe sklepienie czaszki jest zsunięte ku przodowi i w prawo. Z tyłu pomiędzy punktami, do których dochodzi pęknięcie czaszki na potylicy, nie wyczuwa się nic szczególnego.

Stan wyżéj opisany trwa do chwili obecnéj t. j. 12 października bez żadnych zmian. Tylko w kończynach dolnych rozpoczyna się zanik, odleżyn nigdzie nie ma. Przekrwienie żył w oku zginęło, jakoteż i wylewy krwi podskórne i takież pod spojówką obu oczu.

Teraz dopiero po wessaniu się dużego wylewu krwi w okolicy kości skroniowéj prawéj, kiedy wyczuwamy ukośne w niéj pęknięcie, możemy twierdzić, że L. dostał dwa uderzenia w głowę: jedno w prawą skroń, drugie w lewe ciemię.

W dostępnéj mi literaturze znalazłem wzmiankę o kilku również obszernych pęknięciach czaszki, mianowicie w dziele Bergmana o uszkodzeniach głowy. W trzech jednak u niego cytowanych przypadkach pęknięcie dzielące czaszkę na 2 połowy zawsze przechodziło przez podstawę czaszki. W jednym tylko przypadku (Casper-Liman t. II. 1876.) kula trafiła w czoło, przeszedłszy przez mózg, uwięzgła w potylicy, znaleziono od miejsca wejścia kuli z prawéj i z lewéj strony czaszki pęknięcie aż do potylicy, tak że czaszka została rozdzielona na dwie połowy górną i dolną. Liman twierdzi, że obszerne pęknięcia czaszki w skutek silnego urazu zawsze przechodzą przez podstawę, rzadko zaś ograniczają się li tylko do sklepienia.

W żadnym jednak z wyżéj opisanych przypadków nie ma wzmiaki o dyslokacyi odłamków. Bergman twierdzi, że nawet przy rozejściu się odłamków, przy pęknięciach kości czaszki, te ostatnie zawsze pozostają na jednéj powierzchni.

Opisane w moim przypadku pęknięcie z dyslokacyją odłamków dziś bez kwestyi istniejące, co jest widoczne nawet na fotografijach, dlaczego nie było spostrzeżone dawniéj? Gdybym sam tylko badał chorego, mógłbym przypuszczać, żem przeoczył. Chory jednak był badany jeszcze w Łęcznie przez dwóch lekarzy, przez jednego z nich był dyktowany nawet protokół oględzin sędziemu śledczemu, w którym to protokóle nie ma jednak żadnéj wzmianki o tym, dziś tak wyraźnym objawie, zanotowano tylko pęknięcie kości w ranie. Następnie w szpitalu chory był badany oprócz mnie jeszcze przez pięciu lekarzy, obrzmienia czoła tak silnego nie było, żeby można było przeoczyć lub też nie wyczuć tak wystającego brzegu. Jeżeli zaś dyzlokacya nastąpiła już podczas leżenia w szpitalu, to jaka tego przyczyna? W każdym razie należy przypuścić, że ona była od pierwszéj chwili, nie była jednak zauważaną.

Również niejasny związek porażenia obu kończyn (ruchowego i czuciowego) z obrażeniem czaszki i mózgu. Zwykle przy obrażeniach kory mózgowéj w miejscach, gdzie się znajdują ośrodki ruchowe dla kończyn, mamy porażenie jednéj lub też obu kończyn, górnéj i dolnéj, zawsze jednak na jednéj stronie porażenia połowicze. Przypadki porażenia obu kończyn dolnych możliwe są tylko przy obrażeniu centrów ruchowych z obu stron, co się najczęściéj zdarza przy ranach postrzałowych w okolicę kości ciemieniowéj. O dwóch podobnych przypadkach z wojny Duńskiéj opowiada Löffler, lecz w jednym z nich przy porażeniu kończyn dolnych była nadczułość, w drugim zaś zupełnie normalne czucie w porażonych ruchowo kończynach, w moim zaś przypadku zupełna utrata czucia (dotyku, ciepła i bólu).

Jak wytłomaczyć zatem paraplegiję? Bergman przytacza przypadek z rusko-tureckiéj wojny, gdzie pod Plewną żołnierz został zraniony kulą w okolicę kości ciemieniowéj, koło górnego tylnego jej kątu. Wystąpiło porażenie obu kończyn dolnych, jednak chory doskonale odczuwał najmniejmniejsze dotknięcie, odruchy również były zachowane. W tym przypadku paraplegiję Bergman tłomaczy wylewem krwi w oponach mlecza, w skutek znacznego uderzenia w głowę. Podobne wynaczynienie w rdzeniu przy mocnych urazach głowy zostały stwierdzone sekcyjami. W powyżéj zacytowanych przypadkach nie ma wzmianki, jak prędko wystąpiły porażenia po urazie, przypuszczam że bezpośrednio, nie zaś jak u L. po upływie 10 dni.

W moim przypadku paraplegia jest bezwarunkowo pochodzenia rdzeniowego. Związek zaś z urazem tłómaczę w ten sposób: wskutek uderzenia w głowę, najprawdopodobniéj dwukrotnego nawet, nastąpił nie wielki wylew krwi w oponach mlecza, który nie uciskając go, niczem się nie manifestował. Dopiero po 10 dniach, kiedy w samem miejscu nastąpił może jakiś ograniczony procces zapalny, wtedy w skutek wysięku zjawiły się objawy wyżéj opisanego porażenia kończyn dolnych.

Przy ciągłéj galwanizacyi, stosowaniu kilkotygodniowem strychniny chory zaczął się poprawiać; obecnie stan jego przedstawia się jak następuje. Czynność pęcherza i kiszek zupełnie prawidłowa: mocz oddaje sam bez wkładania cewnika, stolce również są zupełnie prawidłowe. Czucie w kończynach powróciło prawie zupełnie, ruchy rozpoczęły się od palców, dziś chory leżąc w łóżku doskonale podnosi obie kończyny dolne, nawet bez wielkiego wysiłku. Pozostaje jeszcze w kolanach pewne przekurczenie, które także zaczyna się zmniejszać. Bólów żadnych chory nie ma, odruchy rzepkowe zjawiają się i coraz są żywsze. Deformacyja czaszki, którą opisałem, pozostaje w tym samym stanie, może nawet dziś jest widoczniejszą z powodu znacznego wychudnięcia chorego. Jednem słowem jest nadzieja, że chory przy dalszem stosowaniu galwanizacyi i mięsienia zupełnie powróci do zdrowia.[1])

V. Oceny i sprawozdania.

Contribution à l'etude de **Fièvre Dengue** par Pierre Apéry. Constantinople, 1889.

Redaktor carogrodzkiego dziennika lekarskiego *La Revue medico-pharmaceutique p P.* Apéry zebrał w niewielkiéj broszurce głosy powag lekarskich o epidemijach *Dengue* w Aleksandryi (1880), Cyprze (1883), Smirnie (1889), a wreszcie Carogrodzie (1889); następnie poczynił własne uwagi nad tą chorobą, która obecnie panuje na wschodzie tureckim, i tym sposobem wytworzył całość, z któréj można powziąść wyobrażenie, jeśli nie o przyrodzie i o zmianach anatomicznych, to przynajmniéj o obrazie klinicznym *Dengue*.

Korzystamy z téj broszury, ażeby zapoznać czytelników *Przeglądu* z tą chorobą, która bądź co bądź posuwa się powolnie na północ i zachód, i któż zaręczy, czy nie będzie kiedy naszym nieproszonym gościem?

Choroba objawia się nagle uczuciem znużenia, bólu głowy, dreszczykami i ogólną obolałością ciała; prawie jednocześnie występują zaburzenia gastryczne, a ciepłota pod nosi się do 38°5—40° i wyżej. Wysypka drobna, podobna do płonicowej, występuje na policzkach, szyi, dłoniach i przedramionach; osutka ta czasem jest przelotną, a w innych przypadkach towarzyszy przebiegowi całéj choroby. Gorączka trwa dobę jedną lub dwie, następnie obniża się nagle, a jednocześnie występuje nowa osutka, podobna do pierwszéj, lub nieco różniąca się, w tych samych okolicach, rzadziéj na innych częściach ciała, a powyżéj opisane objawy ogólne dosięgają najwyższego stopnia; ból głowy dolega nadzwyczajnie, mięśnie są tak obolałe, że chorzy leżą nieruchomie, byle uniknąć bólu w członkach i zgibienia. Wśród gorzkiego smaku ustaje wszelkie łaknienie, a nudności czasem tylko dochodzą do wymiotów; niektórzy chorzy mają stolec zaparty, inni znowu cierpią na biegunkę; pragnienie mierne, woń z ust przykra, osobliwa; wątroba i śledziona prawidłowe; po upływie 2—6 dni ciepłota obniża się zupełnie, obolałośc ustaje, ale niesmak w ustach trwa daléj i łaknienie bardzo powoli wraca; osłabienie i znużenie trwają dłuższy czas.

Tak się przedstawia *Dengue* w szkicowem nakreśleniu: autorowie zgadzają się, że jest to choroba, któréj obraz kliniczny ulega nader licznym zboczeniom od pierwowzoru, szczególnie osutka ma mieć rozmaite wejrzenie i bywa bądź ogólną, bądź też ograniczoną; łuszczenie się bywa czasem jak w płonicy, w innych przypadkach nie spostrzegano go, a czasem wywołuje nader silne swędzenie.

Rozpoznanie *Dengue* jest łatwe, rokowanie zawsze pomyślne, pomimo, że ozdrowienie wlecze się nieraz kilka tygodni Powroty téj choroby spostrzegano często, a chorzy tacy wpadali w stan niedokrewność wysokiego stopnia. W obec nierozpoznanéj przyrody *Dengue* leczenie jéj może być tylko objawowe i empiryczne; najwięcéj pomyślnych wyników, przy wysokiéj ciepłocie i silnych bólach mięśniowych, spostrzegano po zastosowaniu antipyryny.

Apéry kończy swą broszurę słusznemi uwagami, że dla poznania téj choroby wschód azyjatycki i europejski nic jeszcze nie uczynił i nie bez wyrzutu dodaje, że chyba rozszerzenie się choroby do ognisk europejskiéj cywilizacyi da powód do zbadania wszechstronnego *Dengue*; z radością więc zaznacza, że w ostatniéj chwili dowiedział się, że kierownik pracowni szczepienia przeciw wściekliźnie Excel. Dr Zoeros basza zabrał się do badania *Dengue* w kierunku bakteryjologicznym.

Dr. Kwaśnicki.

Fizyjologija.

Pinzani (Bolonia): **Zachowanie się hemoglobiny u ciężarnéj, rodzącéj, położnicy i nowonarodzonych.**

Najwięcéj dotychczas znanych sposobów klicznego badania krwi wykazuje przy praktycznêm ich zastosowaniu przy łóżku chorego wiele ujemnych stron a tylko hemometer Fleischla stanowi chlubny wyjątek. Wyniki, osiągnięte zapomocą przyrządu Fleischla, są następujące: 1) W ostatnich miesiącach prawidłowéj ciąży jest zawartość hemoglobiny u ciężarnych nieco mniejszą niż zwykle, a to têm mniejszą, im bliższym jest czas porodu. 2) Jak się zdaje, nie wywiera sprawa porodowa jako taka, czy przebiega łatwo, czy też ciężko, żadnego wpływu na zawartość hemoglobiny u nowonarodzonych. 3) Wobec prawidłowego przebiegu zmniejsza się zawartość hemoglobiny we krwi położnic w pierwszych 4 ch godzinach po porodzie, następnie przewyższa nawet ilość znalezioną w końcu ciąży, aby z chwilą pokazania się pokarmu na nowo opaść a potêm znów się podnieść tak, że przy uwalnianiu położnic z zakładu znaleziona zawartość hemoglobiny równa się ilości stwierdzonéj podczas ciąży lub ją nawet przewyższa. 4) To podwyższanie się i opadanie zawartości hemoglobiny następuje także, jeżeli położnica jest pierwiastką lub wieloródką,

[1]) Przypadek powyższy obserwowałem z Dr. Tetzem, starszym lekarzem szpitala, któremu za łaskawą pomoc, okazaną mi przy badaniu chorego, składam serdeczne podziękowanie.

jeżeli poród odbywa się na czasie lub przedwcześnie, jeżeli przebiegał łatwo lub przy pomocy sztuki. Tylko utrata krwi podczas porodu wywiera wpływ, o ile po znacznym krwotoku następuje znaczne obniżenie zawartości hemoglobiny a powtórne powiększenie się jej już nie jest tak wybitne. 5) Zmniejszanie się ilości hemoglobiny, jest w ogóle większém, jeżeli wydzielanie się mleka jest znacznêm. 6) Powiększenie się ilości hemoglobiny po okazaniu się mleka stoi w odwrotnym stosunku do ilości odchodów połogowych. 7) W prawidłowych stosunkach jest ilość hemoglobiny u nowonarodzonych daleko znaczniejszą, niż u dorosłych. Skoro między drugim a trzecim dniem po porodzie dosięgła swego *maximum*, opada znowu i pozostaje na równi do drugiego tygodnia. 8) Zawartość hemoglobiny u nowonarodzonych nie jest zawisłą od ich rozwoju a raczéj stoi w prostym stosunku zawisłości do ich odżywienia. Tak samo nie wpływa płeć, chyba o tyle, że zawartość hemoglobiny płodów męskich jest nieco większą. *(W. kl. W. 1889*, Nr. 32). *Dr. Baschkopf.*

Farmakologija.

Dr. Patrzek w Opolu: **Usuwanie brodawek za pomocą elektrolizy.**

Mamy przed sobą wcale zajmującą pracę o brodawkach. Według autora nie są one tak niewinnéj natury, jakby się to z pozoru zdawać mogło. W starożytności już zajmowały się niemi takie powagi, jak Hippokrates, Celsus i Galenus. Ze względów kosmetycznych są one postrachem płci pięknéj, a Voltolini opisuje przypadek brodawki na nosie młodéj kobiety, z powodu któréj o mało co nie przyszło do poważnych zajść małżeńskich. Jeżeli osadzają się na rękach, mogą być niebezpieczne dla lekarzy, pękają bowiem, tworzą bruzdy i są powodem krwawień. Niejednokrotnie niewinna na pozór brodawka była według Volkmanna miejscem wyjścia raka. Usunięcie brodawek jest rzeczą koniecznie wskazaną, ale uczynić to należy bezboleśnie i tak zgrabnie, aby brodawka nie pozostawiła po sobie nie mniéj szpecącéj blizny. Dr P. przytacza daléj w porządku historycznym, wszelkie dotychczasowe znane metody leczenia brodawek, zaczynając od różnych *hokus pokus* i zarzekań, a kończąc na sposobie Huetera wycięcia za pomocą noża lub nożyczek i dziś powszechnie używanym przypiekania płynem żrącym. Żadna z przytoczonych metod nie jest bezbolesną, a każda pozostawia po sobie brzydką bliznę. Elektroliza czyni i tym dwom warunkom zadość. W dalszym ciągu przechodzi autor pokrótce historyję elektrolizy i jéj zastosowania w medycynie, uważając za ojca jéj lekarza rosyjskiego Gustawa Crusella. On to i włoski lekarz Ciniselli udowodnili, że alkalija na anodzie, a kwasy na katodzie się gromadzą i na téj podstawie leczyli oni z dobrym skutkiem wiele nowotworów, jak naczyniaki, włókniaki, śluzaki i inne. Amerykanin Naftel miał nawet za pomocą elektrolizy wyleczyć i usunąć raka. Głównym obecnie poplecznikiem tego sposobu leczenia jest Voltolini. Jest on pewny, że elektroliza rozszerzy znacznie zakres swego działania i nie w jednym przypadku i chirurgowi nóż z ręki wytrąci, a tym sposobem przynajmniéj częściowo uwolni chirurgię od grozy, która w ślad za nią idzie. Autor niszczy brodawki za pomocą przyrządu mechanika Brode w Wrocławiu. Katoda zakończona jest igłą platynową, anoda stalową. Obydwiema igłami przebija się brodawkę na wylot i prąd zamyka. Prócz chemicznego następuje oczywiście także działanie katalityczne. Brodawka staje się najpierw białą, późniéj czernieje, mięknie i prawie się rozpuszcza w oczach. Resztka usycha sama i bez zostawienia jakiejkolwiek blizny odpada. Autor leczył w ten sposób i inne nowotwory, a nawet wyleczył zupełnie 3 razy raka wargi. „Od téj chwili", są słowa entuzyasty elektrolizy, „nie wierzę w nieuleczność raka". *(Intern. klin. Runds.* 1889, Nr. 50).

Dr. Mendelsburg.

Dujardin-Beaumetz: **O sposobach leczenia moczówki cukrowéj.**

B. zabrania dyjabetykom mleka, za to pozwala im mierną ilość węgleków wodu, n. p. 100 gr. pieczonych ziemniaków do każdego jedzenia; wodniki węgla należy zastąpić tłuszczami (sardynki z oliwą, mięso tłuste). Sakcharyny pozwala tylko w dziennéj dawce 0·1, wystarcza jednak do osłodzenia herbaty lub kawy. Z leków dobre są te, które działają na górną część rdzenia przedłużonego, dlatego poleca chininę, antipyrynę, eksalginę, leki te jednak nie mogą wyleczyć moczówki, ale mają zapobiedz grożącemu upadkowi sił. Według badań Sée'go i Hardyego jest cukier prawidłowym składnikiem moczu, ale nie można za pomocą zwykłych prób na cukier takowego w moczu zdrowych ludzi wykazać. Wybornym odczynnikiem na cukier jest fenylhydracyn. Powiększone tworzenie się i wydzielanie cukru jest następstwem wzmożonego wytwarzania się glykogenu w wątrobie i mięśniach. Ta hypoglykogenia jest prawie zawsze następstwem z rdzenia przedłużonego (Cl. Bernard) i prawdopodobnie także z innych środków nerwowych wychodzącego zadrażnienia odruchowego nerwów naczynio-ruchowych wątroby. Leczenie powinno więc uspokajać nerwowe zadrażnienie, które sprowadza większe tworzenie się glykogenu lub nagłe przejście glykogenu w cukier, a do tego celu jest najodpowiedniejszą antipyryna. (*W. med. Woch.* 1889, Nr. 26).

Jahns: **O kwasie agarycynowym.**

J. otrzymał z *Agaricus albus* istotę, która, jak się zdaje jest identyczną z wykrytą pierwéj agarycyną i któréj wyłącznie przypisać można działanie wstrzymujące pocenie się. W handlu jako agarycyna znachodzące się ciała są najczęściéj istotami złożonemi. Czysta agarycyna jest proszkiem białym, lśniącym, krystalicznym, przedstawiającym pod drobnowidem prostokątne tabliczki; jéj punkt topnienia znajduje się przy 138° C. Jest trudno rozpuszczalna w zimnéj, łatwo we wrzącéj wodzie i po ostygnięciu roztworu wydziela się znowu w postaci krystalicznéj. Wszystkie z potasowcami utworzone sole są łatwo rozpuszczalne, z metalami zupełnie nierozpuszczalne. Przy miejscowém zastosowaniu sprowadza agaracyna wybitne zadrażnienie tak, że podskórne jéj zastrzyknięcie może sprowadzić gwałtowne zapalenie a nawet ropienie. Wewnętrzne zastosowanie większych dawek (0·5) sprowadza wymioty i biegunkę. U zwierząt zimnokrwistych pociąga za sobą powoli postępujące porażenie i osłabienie czynności serca; u ciepłokrwistych nie wywiera czysty kwas w téj saméj dawce widocznego wpływu. Jeżeli jednak sól sodową podskórnie lub do żyły wstrzykniemy, to działa ona głównie na nerw błędny i na ośrodki naczynioruchowe rdzenia; oba ośrodki zostają najpierw zadrażnione, potém porażone, występuje więc najpierw zwolnienie tętna i podwyższenie parcia krwi a w następstwie obniżenie tegoż. Śmierć następuje po pojawieniu się drgawek przez ustanie oddychania. Wpływ agarycyny na wydzielanie potu nie jest ośrodkowym, lecz zależy od bezpośredniego zadziałania na narząd wydzielniczy potu. Agarycynę znosi się bez szkody w dawkach 0·02—0·1. Ponieważ działanie tamujące pocenie występuje dopiero po kilku godzinach i trwa wtedy blisko 24 godzin, dlatego poleca się częste podawanie małych dawek więcéj, niż jednéj większéj dawki. Podskórnego wstrzykiwania należy unikać z powodu ciężkiego miejscowego zadrażnienia. Pope twierdzi, że częściéj podane dawki po 0.02 agarycyny usunęły u znacznéj liczby suchotników obfite poty nocne, nawet wtedy gdy atropina była bez skutku. (*W. m. Bl.* 1889, Nr. 38).

E. Peiper: **Chloralamid, nowy środek nasenny.** Chloralamid tworzy bezbarwne kryształy: rozpuszcza się w 9ciu cz. wody i w $1^1/_2$ cz. 96$^0/_0$ wyskoku; smak ma przyjemny, słabo gorzki. Według dotychczasowych doświadczeń ma chloralamid być wskazanym w bezsenności w następstwie nerwowego rozdrażnienia, w neurastenii, w wadach sercowych, chorobach rdzenia pacierzowego, daléj w wszystkich przypadkach bezsenności, nie łączących się z silnemi bólami. Lek ten nie ma wpływu na krążenie krwi. P. doświadczał tego środka u zdrowych i chorych kliniki prof. Moslera, który podawał 2—3 gr. *pro dosi.* Nie można rozstrzygnąć, czy chloralamid posiada działanie zbiorowe. Wyniki doświadczeń P. są następujące: 1) Chloralamid okazał się stosownym, choć nie w wszystkich przypadkach skutecznym lekiem nasennym. U dorosłych występowało działanie w $^1/_2$—$1^1/_2$ godz. po podaniu 2—3 gr. 2) Najlepiej działał w bezsenności nerwowéj, lub wywołanéj przez choroby rdzenia pacierzowego, dusznicę oskrzelową, podostry gościec stawowy, choroby żołądka, nie łączące się z gwałtowniejszym bólem. 3) Działa-

nia uboczne, jak ból i zawrót głowy, uczucie znużenia dnia następnego wystąpiły u kilku chorych; dolegliwości te były tylko raz, mianowicie w przypadku daleko posuniętych suchot krtani, znaczniejsze. 4) W przypadkach, w których można było porównać działanie chloralamidu z działaniem wodnika chloralu, wypadło porównanie na korzyść pierwszego. P. podawał lek ten w postaci proszka (1.0, 2.0, 3.0,) lub w opłatku, polecając popijać mlekiem, wodą lub kawą; kilka razy jako mięszankę (*Rp. Chloralamid 3 0, Ac. muriat. dil. gtts. V., Aq. dest. 60. Syrup. Rub. Id. 10.0. M. D. S.* Na raz zażyć: u innych chorych stosowano go w postaci lewatywy *Rp. Chloralamid. 3.0. Ac. mur. dil. gtts. II. Spir. vin. 1.0. Aq. dest. 100.0.* S. Do lewatywy. (*D. med. Woch.* 1889, Nr. 32).

† Dr. Klinke zbadał działanie jodku hyosciny na 69 chorych umysłowo (14 mężczyzn i 55 kobiet). U mężczyzn, którym podawał środek przeważnie wewnętrznie, otrzymał dobre wyniki (długi i mocny sen) w 78%, średnie (sen krótki i niespokojny) w 17%, w 5% żadnych. U kobiet, którym stosował przeważnie wstrzykiwania podskórne, wyniki tak się przedstawiają: w 65% dobre, średnie 15%, w 22% żadne.

Autor streszcza wyniki swéj pracy w sposób następujący:

1. Jako środek tani i nie posiadający żadnego smaku zasługuje jodek hyosciny w wielu przypadkach u chorych niespokojnych i znajdujących się w stanie pobudzenia na pierwszeństwo przed wielu innemi środkami nasennemi obecnie używanemi.

2. Należy zawsze zaczynać od dawek małych, ponieważ odporność względem tego środka waha się u rozmaitych osób w znacznych granicach. Dawki podawane wewnętrznie muszą być 2 razy większe od stosowanych podskórnie. Pierwsze wywierają wpływ powolniéj od drugich, ale działają pewniéj i nie wywołują tak łatwo nieprzyjemnych objawów ubocznych. Dawka w obu razach nie powinna być wyższą od 0·003.

3. Jodek hyosciny działa porażająco na ośrodki ruchowe i wydzielnicze, zmniejsza częstość tętna i oddychania, wywołuje uczucie suchości w jamie ustnéj i gardle, rozszerzenie źrenic, porażenie akomodacyi, a czasami utratę łaknienia i wymioty.

4. Jodek hyoscyny działa skutecznie w stanach połączonych z podniesioną pobudliwością układu nerwowego, jak n. p. w obłędzie. W melancholii zaś daleko skuteczniéj działała morfina.

5. Jodek hyosciny wywołuje albo zwiększa już istniejące omamy i z tego powodu stosowanie jego powinno być ograniczonem w obłąkaniach świeżych. Chorym zaś chronicznie można podawać go w znacznych nawet dawkach, jeżeli oczywiście nie ma przeciwwskazania ze strony serca. (*Centralblatt für Nervenheilkunde* 1 kwietnia).

Patologija.

P. Ziegler: **O pierwotnéj róży krtani.**

Z innemi chorobami pod zbiorowem nazwiskiem obrzęku głośni znana, została róża krtani przez Masseigo r. 1886 jako samodzielnie występująca postać chorobowa opisaną. Biondiemu udało się wykazać w ślinie takich chorych koki róży. Choroba rozpoczyna się nagle od dreszczu, ciepłota podnosi się ponad 40°, poczém występuje pseudokryza, do któréj przyłączają się podwyższenia gorączki, istnieje silny ból gardła, obrzmienie gruczołów chłonnych, i uczucie obcego ciała z powodu nacieklej nagłośni; głos przyjmuje dźwięk klekocący. Szybkie powiększenie się duszności. Prędzéj lub późniéj następuje zmniejszenie się groźnych objawów. Róża wędruje chętnie i z upodobaniem na dół do tchawicy, oskrzeli, a nawet aż do opłucnéj i tak może powstać różycowate zapalenie oskrzeli, płuc i opłucnéj. Wędrowanie koków drogą naczyń chłonnych wykazał Hajek. Sposób powstania można sobie wytłomaczyć przy pomocy odkrycia Stohra o przejściu białych ciałek krwi z przybłonka; z powodu swego utkania jest *fossa glossoepiglottica* ulubionem miejscem zakażenia. W rozpoznaniu należy powyższą chorobę odróżnić od ostrego zapalenia krtani i od objawów ciał obcych. Ze względu na rokowanie należy pamiętać o niebezpieczeństwie zwężenia i powikłania z chorobami płuc. Ostatnie przypadki kończą się zwykle śmiertelnie; zresztą rokowanie nie jest niepomyślném, gdyż na 14 przypadków Massei'a było 12 wyleczonych. Leczenie polega na używaniu zimna (pigułki i okłady lodowe), zmniejszeniu dolegliwości przez wdychiwanie kokainy i morfiny i na nacięciach. W silnéj duszności wskazane jest przecięcie tchawicy. Ważną rzeczą jest odżywianie: w pierwszych dniach zaleca się tylko pokarmy płynne. (*Münch. med. Woch.* 1889, Nr. 30).

Wassilew: **O zakaźnéj żółtaczce.**

W rozmaitych częściach Europy napotyka się najczęściéj sporadycznie ostrą chorobę zakaźną, łączącą się z objawami ubocznemi, obrzmieniem śledziony i wątroby, zboczeniami czynnościowemi nerek, któréj cechującym trwałym objawem jest żółtaczka, bóle mięśniowe i białkomocz. Choroba przebiega najczęściéj pomyślnie, w lżejszych przypadkach kończy się 7—11 dnia, w cięższych podnosi się znowu gorączka po jakimś czasie i wytwarza się nawrót. Pod względem patologiczno-anatomicznym cechuje tę chorobę ostre miąższowe zapalenie narządów, szczególnie nerek, jakoteż międzytkankowe, ogniskowe zapalenie wątroby płuc i nerek. Najwięcéj podobieństwa posiada ta choroba do duru żółciowego (*typhus biliosus*), przydarzającego się endemicznie w Egipcie i Smyrnie i przedstawia chorobę *sui generis*, nie mającą nic wspólnego z *Febris recurrens biliosa.* (*Münch. med. Woch.* 1889, Nr. 29). *Dr. Baschkopf.*

Medycyna wewnętrzna.

Dr. Martius (Berlin): **Niedomykalność zastawek aorty bez uderzenia koniuszkowego serca.**

Siła uderzenia koniuszkowego nie stoi zawsze w stosunku prostym z siłą, jaką mięsień sercowy wykonywa. Zdarza się bowiem spostrzegać tętno nikłe i słabe, o słabéj czynności serca świadczące, wobec bardzo silnego uderzenia koniuszkowego, całą połową klatki piersiowéj wstrząsającego. Na odwrót spostrzegał autor przypadek znacznego przerostu lewéj komórki niedomykalnością zastawek aorty wywołanego, mimo tego uderzenia koniuszkowego prawie jakby nie było. Dr. M. objaw ten obserwował u żołnierza, który w szpitalu garnizonowym przebył zapalenie śródsierdzia, a niedomykalnością zastawek aorty i zastawki dwukończystéj zakończonego. Zgodzić się trzeba, że uderzenie koniuszkowe powstaje jedynie w pierwszéj połowie skurczu, a mianowicie w okresie zamykania się zastawek (*Verschlusszeit*). Uderzenie to kończy się w drugim okresie skurczu (*Austreibungsperiode*), kiedy zastawki aorty się otwierają, a krew do wielkich naczyń się ciśnie, zatem w chwili zmniejszenia się skurczowego serca. W tej właśnie chwili, według Ludwiga, następuje zmiana kształtu serca skurczem wywołanego. Serce zaokrągla się i nieco ku górze podnosi, przyczem objętość całego organu się nie zmniejsza. Jeżeli więc z jakiejkolwiek bądź przyczyny okresu zamykania się zastawek (*Verschlusszeit*) brakuje i w téj saméj chwili, kiedy skurcz się kończy, odpływ krwi, a tem samem zmniejszenie objętości serca się zaczyna, to uderzenie koniuszkowe wskutek tego musi być znacznie osłabionem, albo wcale się wyczuć nie daje. W ten sposób tłomaczy Dr. Martius brak uderzenia koniuszkowego. Mógłby ktoś zarzucić, iż wobec zwykłéj niedomykalności zastawki dwukończystéj, według powyższego tłomaczenia, także uderzenia koniuszkowego brakować powinno, czego jednak nie spostrzeżono. Na zarzut ten odpowiada Dr. M., iż wobec wyż wymienionéj wady serca uderzenie koniuszkowe więcéj jest wywołanem komórką prawą, niż lewą; komórka prawa bowiem znacznie przerasta i lewą więcéj ku tyłowi wypycha. Ponieważ zaś wada zastawkowa nie w prawéj, lecz w lewéj komórce się znajduje, więc okres zamykania się zastawek nie odpada w téj połowie serca i uderzenie koniuszkowe normalnie czuć się daje. Jeżeli te dwie wady sercowe się ze sobą łączą, wtedy znaczna praca lewego serca znaczny też jego przerost wywołuje, któremu serce prawe wyrównać nie może, uderzenie więc koniuszkowe obejmuje tylko serce lewe. Z przyczyny wady zastawkowéj w téj połowie serca okres zamykania się zastawek odpada, a zatem według powyższego tłomaczenia uderzenie koniuszkowe jest tak słabe, iż wyczuć często się nie daje. (*D. med. Woch.* 1889, Nr. 50). *Dr. Mendelsburg.*

J. Boas (Berlin): **O okresowych nerwicach żołądka.**

Z wielkiéj grupy nerwic żołądkowych zasługują ich postacie okresowe z powodu cechującego występowania, przebiegu i ich stosunku do innych chorób na szczególniejszą uwagę. Pierwszy Leyden opisał „okresowo powracające wy-

mioty", pozostające po części w związku z innemi zboczeniami w unerwieniu, po części z chorobami macicy, po części jako cierpienie samodzielne, idyjopatyczne. Początek jest zwykle nagły: wśród silnych nudności występują obfite wymioty, czemu towarzyszy ból w dołku podsercowym, ogólne osłabienie, niekiedy silny ból głowy całéj lub migrena, światłowstręt, wrażliwość na hałas. Skoro tylko coś dostaje się do żołądka, występują natychmiast wymioty, tak że żołądek może zatrzymać ledwie lód lub szampan z lodem. Jako cechujące dla napadu uważa Leyden: wciąganie brzucha, uporczywe zaparcie stolca, skąpy ciemny mocz z obfitym osadem; niekiedy bezmocz; z początku może być obfity i blady (*urina spastica*). Wymiociny składają się ze spożytych pokarmów, potem następuje płyn brunatny, zawierający przybłonek, niekiedy czworniaki, w końcu żółć, niekiedy prążek krwi. W innym szeregu przypadków występują objawy mózgowe tak uderzająco na pierwszy plan, że napady okazują wielkie podobieństwo do typowéj migreny, a różnią się od niéj tem, że występowanie wymiotów nie jest końcem, lecz drugim okresem napadu. W chorobie téj ważnem jest nietylko regularne występowanie napadów, w przebiegu przeciągów czasu dokładnie, niekiedy co do dnia oznaczyć się dających, lecz także typowe trwanie i w jego przebiegu znowu różne okresy. W rozpoznaniu należy tę chorobę odróżnić od kryz żołądkowych tabetyków, od *Gastroxynsis* Rossbacha, od okresowéj hypersekrecyi Jaworskiego, od niestrawności zimniczéj. O etyjologii sądzi Leyden, że dla przypadków idyjopatycznych należy przypuścić nerwicę nerwu błędnego, względnie zmianę *plexus coeliacus*, a Rosenthal przypuszcza zwyrodnienie jąder n. błędnego. Obok idyjopatycznych są jeszcze wymioty odruchowe (choroby macicy, robaki jelitowe, nadużywanie tytoniu). Rokowanie jest tem gorsze, im częściéj występują napady i im dłużéj trwają. Leczenie mało pomaga: podskórne wstrzykiwanie morfiny jest jedynym środkiem uśmierzającym; użyć można antipyryny, fenacetyny; w przerwach systematycznie podawane dawki soli bromowych, dłuższe leczenie prądem stałym, anoda w okolicę zwoju brzusznego, katoda na grzbiet. W końcu należy uwzględnić cierpienie usposabiające. (*D. m. Woch.*, 1889, Nr. 42).

Choroby nerwowe.

Jastrowitz (Berlin): **O leczeniu bezsenności.**

Z użytych w tym celu leków zasługują na uwagę: Przedewszystkiém wyskok w jego rozmaitéj postaci jako wino, piwo, koniak i t. d., którego używamy także w chorobach jako środka odurzającego, jeśli obawiamy się osłabienia siły serca przez inne środki nasenne. Makowiec i morfina: ostatnia jest w małych dawkach lekiem uśmierzającym, a tylko w większych dawkach lekiem nasennym; sprowadza ona sen bardzo podobny do snu naturalnego ze względu na uczucie pokrzepienia, którego chorzy doznają. Makowca nie należy podawać dzieciom, u których natomiast dobrze działa bromek potasu. W bólach wychodzących z jelit jest makowiec na miejscu, jak również w przewlekłych postaciach podniecenia i zadumy i w obłędzie opilczym. Narceina w dawkach 0·1 sprowadza sen dobry, jednakże nie bywa ona czystą. Kodeina rozwija działanie usypiające w tych samych dawkach, co narceina. Wodnik chloralu jest najsilniejszym środkiem nasennym; z powiększeniem jego dawki rośnie jego niebezpieczeństwo, gdyż poraża serce. Jest znakomitym w obłędzie opilczym, w t. z. *état de mal* i w kurczach. Przeciwwskazania stanowią choroby serca, macinnica, znaczne przeszkody w oddychaniu. W małych dawkach (1·5 gr.) działa korzystnie w ostrych chorobach i w przewlekłéj bezsenności; używając większych dawek, należy być ostrożnym. Paraldehyd sprowadza w dłuższy czas podawanych lub wielkich dawkach stan podobny do zatrucia wyskokowego. Dobrze działa w dusznicy sercowéj, źle w rozedmie i miażdżycy tętnic. Wodnik amylenu można podawać w dawkach 0·8—7·0, sprowadza u niektórych chorych łatwo dolegliwości żołądka (wtedy należy podawać przez odbytnicę). Podaje się go w bezsenności w wszystkich chorobach i przeciw kaszlowi. Sulfonal jest bez woni, a zmięszany z odpowiedniemi płynami bez smaku nie ma działać na serce. Działa powoli, jest więc niedobry w chorobach ostrych i w bólach, lepszym w stanach motorycznego niepokoju, pląsawicy, szale. Podaje się małe dawki za dnia (0·5—1·0), w nocy jeszcze jedną dawkę; po dłuższém używaniu sprowadza zawrót i niezborność. W końcu zasługują na wzmiankę uretan, metylal, kanabinon, hypnon i t. d. jako mało doświadczane, względnie nieodpowiednie (*Berl. klin. Woch.* 1889, Nr. 30).

† Sollier opisuje przypadek choroby nerwowéj, którego zdaniem jego nie można zaliczyć do żadnéj kategoryi znanych dotychczas chorób.

Chory 42 lat, mężczyzna, ani z przeszłości własnéj, ani z życia przodków nie podaje nic takiego, coby mogło być wprowadzonem w pewien związek z obecną chorobą. Choroba ta rozwinęła się przed rokiem w czasie leczenia chirurgicznego otoku piersiowego. Z początku powstały w rękach bóle strzykające, zstępujące od łokci ku dołowi, potem słabość ruchowa obu rąk i zwiększenie ich objętości. Wkrótce to samo powtórzyło się i w odnogach dolnych. Obecnie powiększenie objętości wybitnie się zaznacza w częściach obwodowych odnóg na rękach, stopach, dolnych częściach podudzia i przedramienia. Zależy ono przeważnie od powiększenia kości, ale i miękkie części uległy również powiększeniu. Na innych częściach odnóg niektóre mięśnie uległy zanikowi. Wreszcie po całem ciele były rozrzucone wysepki ze zmiennem czuciem. Widzenie trochę osłabione, reszta zmysłów niezmieniona. Odruchy ścięgniste zwiększone. Autor przypuszcza, że przypady te wskazują na porażenie układu nerwowego. (*La France med.* Nry 68 i 69).

Choroby umysłowe.

Guder: **Przyczynki do etyjologii chorób umysłowych.**

G. przeczytał historyje choroby 1200 umysłowo chorych zakładu dla obłąkanych w Ueckermünde, zwracając uwagę między przyczynami fizycznemi prócz ostrych chorób gorączkowych głównie na kiłę. Znalazł ją u 18tu kobiet i 36ciu mężczyzn. Uwzględniał tylko te przypadki, w których już w wywiadach jest wyraźna wzmianka o kile; liczba więc ta nie odpowiada rzeczywistym stosunkom, zwłaszcza, że wywiady u chorych, którzy się poprzednio wałęsali, lub u pochodzących z zakładów poprawy były niedostateczne, pomijając i to, że wywiady pochodzą z czasów, w których mniéj uwagi poświęcano badaniu co do przebytéj kiły. Między tymi 54 chorymi było 45-ciu paralityków (10 kobiet i 35-ciu mężczyzn). Ponieważ w całym tym przeciągu czasu przyjęto z powodu porażenia postępującego 40 kobiet i 153 mężczyzn, wypada więc w 25, względnie w 23% kiła. Leczenie przeciwkiłowe ani w jednym przypadku nie zostało uwieńczone pomyślnym skutkiem. (*Aus dem Bericht über die Pommersche Provinzial-Irrenanstalt bei Ueckermünde* 1875—1887). *Dr. Baschkopf.*

Choroby oczne.

Fälser. **Przyczynek do patologicznéj anatomii siatkówki i nr. wzrokowego w chorobach mózgu i opłon jego.**

Zbadawszy w pracowni prof. Iwanowskiego siatkówkę i nerw wzrokowy w *meningitis purulenta basillaris* (7 przyp.), *meningitis tuberculosa* (4 przyp.), *men. chronica* (12 przyp.), *haemorrhagia cerebri* (7 przyp.) *i arteriosclerosis cerebri* (9 przyp.), autor podaje takie wyniki:

1) Wszystkie choroby mózgu i jego opon, przy naruszeniu ich anatomicznéj budowy, wywierają wpływ na patologiczne zmiany w siatkówce i n. wzrokowym.

2) Ostre zapalenie opon mózgowych wywołuje puchlinę wodną n. wzrokowego, która jest jedną z głównych przyczyn ostrego zapalenia tego ostatniego i siatkówki (*Neuroretinitis oedematosa*).

3) Chroniczne zapalenia opon mózgowych bywają przyczyną długo wlekącego się, rozlanego zapalenia siatkówki.

4) Arteryjoskleroza naczyń mózgowych przechodzi na naczynia n. wzrokowego i siatkówki, i zawsze prowadzi do obwodowego obrzęku ostatniéj. Ten obrzęk jest rezultatem chron. żylnéj hyperemii na gruncie ogólnego rozstroju obiegu krwi.

5) W przypadkach arterijosklerozy mózgu z następczem wynaczynieniem krwi w takowy prawie zawsze obserwujemy wylanie krwi i w siatkówce, a to wskutek tętniaków włosowatych na gałęziach *art. centr. retinae.*

6) Tarcza zastoinowa zależną jest od uciśnienia nerwu wzrokowego w miejscu jego przejścia przez tylny otwór

twardówki płynem zebranym w przestrzeni międzypochwowéj. *(Dysertacyja inaug. Petersb. 1889).* *Dr J. Talko.*

Medycyna sądowa.

Prof. Ungar: **O nowej próbie płucnéj Bernheima.**

Rokrocznie prawie zjawiają się nowe pomysły i projekty celem udoskonalenia próby płucnéj, lub zastąpienia jéj próbą lepszą. W roku właśnie upłynionym Dr. Bernheim z Kolonii w sekcyi medycyny sądowéj Zjazdu lekarzy i przyrodników niem. miał rzecz o nowo przez siebie wymyślonéj próbie i takową następnie opisał w Nrze 43 *D. m. Woch.* Ponieważ próba Schreyera jest tylko grubszą próbą fizyczną, polegającą na śledzeniu ciężaru gatunkowego płuca badanego, więc B. przyszedł na myśl, aby zastosować do tego badania przyrząd znany, pyknometr, i w tym celu kazał sporządzić *ad hoc* pyknometr, za pomocą którego przy każdéj sekcyi u worodka możnaby matematycznie oznaczyć ciężar gatunkowy płuca. Liczne doświadczenia wyrobiły bowiem w nim przekonanie, że płuca, które choć bardzo krótko oddychały, mają c. g. = 0·8, płuca zaś płodowe c. g. = 1·1. Trudność niejaka polega tylko na tem, że kawałek płuca badać się mającego należy poprzednio za pomocą wagi ścisłéj dokładnie zważyć.

Przeciw stosowaniu tego postępowania atoli podnosi głos swój prof. Ungar (*D. m. Woch.*, 1889, Nr. 49) dowodząc nasamprzód i słusznie, że ciężar gatunkowy płuc noworodków nigdy nie przedstawia wielkości stałéj, jak to już ztąd wynika, że poszczególne kawałki płuca już to pływają dobrze, już też zanurzają się, już też pływają pod zwierciadłem wody. Jeżeli więc c. g. płuc noworodków w każdym przypadku i w każdym kawałku nieco odmiennie się przedstawia, a zatem o cyfrze stałéj 0·8, a względnie 1·1 mowy być nie może, to nadto wszystkie zastrzeżenia, z czasem zastosowane do próby pływania, jak pod względem możności uchodzenia powietrza z płuc, które oddychały, jako też pod względem wpływu zgnilizny, w wyższym jeszcze stopniu odnoszą się i do próby wolumetrycznéj Bernheima. Ważniejsze jeszcze są trudności, zachodzące przy zastosowaniu téj próby w praktyce. Do oznaczenia bowiem ciężaru bezwzględnego kawałka płuca badać się mającego potrzeba wagi bardzo ścisłéj, jakiéj lekarz sądowy nie posiada, a różnica choćby 1 decigrama ma tu już wielkie znaczenie. Wreszcie nasuwają się trudności przy oznaczaniu objętości wody wypartéj w pyknometrze po włożeniu kawałka płuca, co znów przy dzieleniu ciężaru bezwzględnego kawałka płuca badanego przez ilość wody wypartéj, aby otrzymać c. g. płuca, naraża na błędy rażące, a bardzo doniosłe, gdyż przy postępowaniu cierpliwem i sumiennem przekonał się U., że nieraz kawałek płuc, który pływał we wodzie, w którym nawet bez próby hydrostatycznéj już okiem wolnem, a tem bardziéj za pomocą lupy, można było widzieć perełki powietrza w pęcherzykach płucnych, badany pyknometrem dał wynik przeciwny, t. j. okazywał c. g. = 1·1, wynik, który lekarza sądowego mógłby zniewolić do orzeczenia błędnego, że płuco badane jest bezpowietrzne. Próba więc Bernheima daje rzeczywiście cyfry, ale badanie to matematyczne jest błędne, a w każdym razie o wiele mniéj pewne i odpowiednie, aniżeli prastara próba hydrostatyczna, zwłaszcza jeżeli płuca mało powietrza zawierają, podczas gdy, jeżeli płuca są wypełnione powietrzem, już wcale zbyteczną jest próba tak żmudna.

(Nawiasem dodamy, że próba Bernheima nie jest i nową, albowiem według listownego doniesienia prof. Hofmanna już prof. Bernt we Wiedniu na początku bieżącego stulecia posługiwał się podobnym przyrządem). *L. B*

VI. W sprawie Wydziału lekarskiego we Lwowie.

Od lat 10 z okładem słyszymy o zamiarze Rządu założenia Wydziału lekarskiego w uniwersytecie lwowskim; przed 10 laty ś. p. protomedyk Biesiadecki przedłożył już Rządowi spis kandydatów, którym poszczególne katedry powierzyćby można; a jednak do niedawna nic się nie stało, coby zwiastowało bliskie urzeczywistnienie ważnego tego projektu. W ciągu tego czasu nie brakowało wprawdzie na głosach, dopominających się Wydziału lekarskiego we Lwowie, a głosy te wychodziły nie tylko od jednostek, ale i od nader poważnych gron i ciał parlamentarnych, jak od Towarzystwa lekarzy galicyjskich, od Sejmu i delegacyi naszéj w Radzie państwa, ale też nie brakło i głosów, jakkolwiek nie śmiało odzywających się, zaprzeczających potrzeby utworzenia drugiego w kraju Wydziału lekarskiego, a nawet uznających istnienie jego za połączone ze szkodą dla Wydziału lek. w Krakowie. Podobno i w saméj Delegacyi naszéj zdania miały być podzielone; tem mniejszym był pochop dla Rządu spieszenia się, zwłaszcza gdy zasłaniał się w sposób przekonywający każdego obywatea nieuprzedzonego, że pierwéj należy zaspokoić niezbędne potrzeby prastaréj szkoły Jagiellońskiéj, zanim się pomyśli o nowym Wydziale, którego urządzenie, jak z natury rzeczy wynika, również z wielkim kosztem musi być połączone. Nieco raźniéj zaczęła sprawa postępować za rządów obecnego p. Ministra Oświecenia, tak życzliwego dla kraju naszego. Ustanowił on stypendyjum dla kandydata fizyjologii, pozwolił na urządzenie wykładów anatomii ludzkiéj we Wydziale filozoficznym we Lwowie, co uważano za pierwsze cegiełki dla powstać mającego gmachu, a wreszcie w lipcu 1889 r. udał się do Wydziału lek. w Krakowie z wezwaniem o przedłożenie sobie orzeczenia fachowego w sprawie założyć się mającego Wydziału lek. we Lwowie, „do czego „dotąd nie mógł zabrać się z powodu znacznych wydatków, „jakich wymagał Wydział lekarski krakowski, że jednak „obecnie uważa chwilę za stosowną, aby nad kwestyją tą „bliżéj się zastanowić.“ Ponieważ wezwanie to nadeszło prawie przed zamknięciem roku szkolnego, więc Wydział lek. wyznaczywszy komisyję osobną, mającą orzeczenie żądane wypracować, dopiero niedawno sprawę mógł załatwić i orzeczenie w mowie będące p. Ministrowi przesłać. W orzeczeniu tem Wydział wyraża swą radość z powodu, ze p. minister zamierza przystąpić do urządzenia Wydziału lek. we Lwowie, a istnienie takowego nie tylko ze względu na życzenia i potrzeby kraju uważa za pożyteczne, ale także pod względem dydaktycznym i narodowym; ze względu jednak na ustęp odezwy p. Ministra, z którego możnaby wnosić, jakoby potrzeby Wydziału lek. w Krakowie były już w zupełności zaspokojone, Wydział daje wymowny wyraz licznym i niezbędnym swym potrzebom, zwłoki nie cierpiącym, bo narażającym go na powolny, niezasłużony upadek. Do tych uwag Wydział na wstępie widział się tem bardziéj zmuszony, o ile jest przekonany, że z rozpoczęciem przygotowań około nowego Wydziału wszelkie jego wymagania pójdą w odwłokę, a prawdopodobnie już nigdy uwzględnienia się nie doczekają; bo jeżeli finanse państwa już teraz nie pozwalają łożyć na Wydział krakowski, jest rzeczą więcéj niż pewną, że one nie wystarczą na zaspokojenie potrzeb dwóch wydziałów. Jeżeli zaś przypomnimy, że na budowę zakładu patologicznego, mającego mieścić w sobie anatomiję patologiczną, patologiję ogólną i doświadczalną, oraz medycynę sądową, jakkolwiek budowa ta w zasadzie przez Rząd jest postanowioną, a plany gotowe, jakkolwiek kraj pod budowę tę przeznaczył grunt bezpłatny i pomimo że, zwłaszcza anatomija patologiczna istnieje dotąd w gmachu ciasnym, chylącym się do upadku, bez wentylacyi i wodociągu, pomimo, że medycyna sądowa umieszczoną jest w domu prywatnym, nieczystym, za czynszem stosunkowo drogim, że wreszcie i patologija ogólna, jakkolwiek lepiéj, ale również w domu prywatnym za drogim czynszem się mieści — przecież w budżecie na rok 1890 Rząd ani grosza nie wstawił na tę budowę tak pilną, że więc nie ma mowy, aby w roku 1890 rozpoczęto choćby przygotowania koło urządzenia tego zakładu; jeżeli daléj uwzględnimy, że w całkiem nieodpowiednim stanie znajduje się główna klinika chorób wewnętrznych, w nieświetnym reszta klinik; że pomieszczenie zakładu fizyjologicznego, zakładu dla chemii lekarskiéj jest całkiem nieodpowiednie, że Wydział lekarski w Krakowie nie posiada dotąd katedry i zakładu dla higijeny i bakteryjologii, ani katedry dla histologii, że dotychczas nie ma kliniki psychijatrycznéj i dla chorób nerwowych itd. itd. — to przyzna każdy nieuprzedzony, że licznych tych potrzeb Wydział lekceważyć nie może, że przeciwnie świętym jest jego obowiązkiem, stać na straży interesów Uniwersytetu Jagiellońskiego. Żądać od Wydziału,

aby tego nie czynił, aby przemilczał najżywotniejsze swoje potrzeby przez wzgląd na powstać mający Wydział we Lwowie, znaczyłoby tyle, co proponować człowiekowi w sile wieku i działalności będącemu, a żyć i działać daléj pragnącemu, aby dopuścił się samobójstwa, żeby nie zaszkodzić urodzić się mającemu braciszkowi.

Temu więc obowiązkowi uczyniwszy zadość, a stwierdziwszy, że posiadamy obecnie siły dostateczne do obsadzenia wszystkich katedr, Wydział nauczony własnem doświadczeniem przedstawił W. Ministerstwu konieczność urządzenia we Lwowie Wydziału lekarskiego, odpowiadającego wszystkim wymogom tegoczesnym. Środki połowicze bowiem byłyby szkodliwe, bo skazałyby nowy Wydział na ustawiczną miernotę i charłactwo przewlekłe. Zakłady wszystkie teoretyczne wypada wybudować, odpowiednio do przeznaczenia, a nie poprzestać na wynajmowaniu domów prywatnych, które by zresztą dla niektórych zakładów, jak anatomii opisowéj i patologicznéj, absolutnie się nie zdały, a co znaczy adaptacyja takich domów na cele naukowe, o tem w Krakowie aż nadto dostateczne i smutne mamy doświadczenie. Na samym początku wypadałoby zatem wybudować gmachy dla anatomii opisowéj, patologicznéj i fizyjologii; po upływie 2—3 lat wypadnie pomyśleć o reszcie zakładów, jakoteż o klinikach. Co się tyczy tych ostatnich, komisyja tutejsza nie znając dokładnie stosunków miejscowych, nie wiedząc zatem, czy będzie można klinikę urządzić w szpitalu powszechnym, coby było rzeczą najodpowiedniejszą i najmniéj kosztowną, radziła się przy sposobności p. protomedyka Merunowicza; otrzymała jednak nie bardzo pocieszającą informacyję, albowiem szpital powszechny we Lwowie jest ciasny, przepełniony, a co gorsza mało co rozszerzyć się dający. Z tego powodu komisyja oświadczyła, że zachodzi potrzeba, aby W. Ministerstwo za pośrednictwem c. k. Namiestnictwa zwołało na miejscu ankietę, w skład któréj oprócz reprezentantów Rządu, Wydziału krajowego i klinicystów wchodziłby także fachowy budowniczy, celem rozstrzygnięcia pytania, czy w jakich warunkach kliniki dałyby się pomieścić kosztem poszczególnych oddziałów w szpitalu powszechnym, czy dałyby się także urządzić potrzebne sale wykładowe, operacyjne, pracownie, mieszkania dla asystentów itd., a w razie twierdzącym byłoby rzeczą Rządu uzyskać przyzwolenie Wydziału krajowego. Nie ulega wątpliwości, że urządzenie w ten sposób klinik byłoby połączone ze znacznie mniejszym kosztem, aniżeli gdyby wypadało osobne dla nich wybudować gmachy; ale obawiamy się, że pozostanie to tylko *pium desiderium* i że koniecznie o nowych gmachach trzeba będzie pomyśleć.

Otóż rys historyczny sprawy kraj tak bardzo obchodzącéj; wypada nam teraz zastanowić się nad pytaniem, czy rzeczywista zachodzi potrzeba urządzenia drugiego Wydziału lek. w kraju i czy to nie stanie się ze szkodą Wydziału naszego?

Dużo mówiono, rozprawiano i pisano o potrzebie drugiego Wydziału lek. w kraju naszym. Głównym motywem był brak lekarzy w Galicyi, bo rzeczywiście przerażającym jest fakt, że u nas według najnowszych wykazów przypada zaledwie 1 lekarz na przeszło 10.000 mieszkańców. Wychodząc z tego zapatrywania, przypuszczali statystycy, że po założeniu drugiego Wydziału lek. zwiększy się znacznie liczba lekarzy. Zdania tego nie podzielamy wprawdzie bezwarunkowo, bo jesteśmy przekonani, że na liczbę słuchaczów drugiego Wydziału krajowego złoży się głównie część słuchaczów, uczęszczających w Krakowie i we Wiedniu, a przypuściwszy, że liczba uczniów, a tem samem lekarzy, powiększy się rzeczywiście, to pytanie, czy ze zwiększeniem téj liczby odniosą korzyść jakąś ci, co najwięcéj opieki lekarskiéj potrzebują, to jest włościanie. Motyw ten nie jest atoli wyłącznym, jeżeli się rozchodzi o stwierdzenie potrzeby drugiego Wydziału lek. Są bowiem powody inne, również ważne, a może i ważniejsze, a w naszych stosunkach koniecznie na uwzględnienie zasługujące.

Spotykaliśmy się i spotykamy często z pytaniem, czy nie jest rzeczą odpowiedniejszą, aby istniał j e d e n Wydział lekarski w kraju, ale za to należycie uposażony, aniżeli żeby istniały d w a Wydziały miernie wyposażone, boć łatwo przewidzieć, że Rząd, który tak powoli i tak skromnie zaspokaja potrzeby Wydziału krakowskiego, tem mniéj zdolałby łożyć na dwa Wydziały, zwłaszcza, że Wydział nowy z początku wymagać będzie znacznych nakładów. Na pytanie to odpowiadają rozmaicie: naszem zdaniem w ogóle jest rzeczą pożądaną, aby wszędzie istniała większa ilość Wydziałów lek. z mniejszą frekwencyją, bo w takich szkołach uczniowie bez porównania więcéj mogą korzystać, aniżeli w Wydziałach przepełnionych; w szkole lekarskiéj bowiem idzie głównie o to, aby uczniowie mogli wygodnie widzieć i pracować, podczas gdy w innych Wydziałach wystarcza, aby tylko słyszeć mogli. Jeżeli więc już zasadniczo jesteśmy za większą ilością szkół lekarskich, to w n a s z y c h stosunkach kwestyja ta nabiera większego jeszcze znaczenia. Na całym obszarze ziem polskich posiadamy dotąd tylko dwa uniwersytety z językiem wykładowym polskim, a j e d e n tylko Wydział lekarski. Jeżeli wszędzie i zawsze dążą do uzupełnienia uniwersytetów, jeżeli nawet Czerniowce już starają się o Wydział lek., pomimo że tameczny uniwersytet nie cieszy się wielkiem powodzeniem, a uniwersytet niemiecki, umieszczony w mieście tak bardzo na wschód wysuniętem, powodzeniem cieszyć się nie może, to tem bardziéj nam wypada starać się o to uzupełnienie, abyśmy mieli przynajmniéj dwa uniwersytety kompletne z wykładem polskim. Nie ubliżamy zapewnie innym wydziałom, jeżeli powiemy, że uniwersytet bez Wydziału lek. jest czemś niezupełnem, jest jeżeli nie kadłubem bez głowy, to w każdym razie ciałem, któremu brak jednego z najważniejszych członków, a co ważniejsza, brak mu ożywczego tchnienia, wychodzącego z nauk przyrodniczych i lekarskich. Dlatego przedewszystkiem nie wątpimy, że uniwersytet lwowski jako taki zyskałby wiele na utworzeniu w nim Wydziału lekarskiego.

Ale zyskałaby wiele i medycyna polska. Jakkolwiek dotychczas zdołano jeszcze wypełniać luki, od czasu do czasu w Wydziale naszym lekarskim zachodzące, a wypełniono je za pomocą sił naukowych naszych po całym świecie rozstrzelonych, to przecie zdarzyć się może, że zabraknie siły odpowiedniéj, zwłaszcza dla przedmiotu teoretycznego. Trudno bowiem żądać, aby młody lekarz poświęcił się anatomii, fizyjologii, farmakologii, higijenie itd., gdy nie ma nadziei, aby kiedykolwiek doczekał się posady, a niepodobna wymagać od niego męczeństwa, na które się naraża, jeżeliby folgował zamiłowaniu swemu do jednéj z tych gałęzi lekarskich bez widoku, aby z pracy swéj miał plon jaki. Smutne te stosunki polepszą się z pewnością, jeżeli będziemy mieli dwa Wydziały lekarskie, bo wtedy szanse otrzymywania posad będą nierównie większe, a wtedy niejeden młodszy lekarz uzdolniony chętnie poświęci się przedmiotowi teoretycznemu, czego dotąd z bólem serca czynić nie mógł. W każdym razie będzie więcéj katedr, a tem samem i więcéj posad dla asystentów, którzy będą mogli przenosić się z jednego Wydziału do drugiego, jak to się praktykuje w Niemczech, będzie więcéj docentur, a więc w razie wakansu nie będzie kłopotu pod względem obsadzenia katedry.

Pomijając następnie wpływ powstać mającego Wydziału lek. na uniwersytet lwowski, niepodobna nie przyznać, że nowy Wydział musiałby dobrze oddziaływać i na Wydział lekarski w Krakowie. O ile bowiem ostatni straciłby materyjalnie przez zmniejszenie się liczby uczniów, zyskałby w dwójnasób pod względem moralnym: powstałaby bowiem godziwa całkiem i piękna emulacyja pomiędzy profesorami, docentami i asystentami obydwóch Wydziałów; prace i starania jednych musiałaby pobudzić do pracy drugich, już z powodu, że porównanie pomiędzy działaniem jednych i drugich byłoby bardzo bliskiem, a wszystkich musiałoby być staraniem, aby to porównanie nie wypadło na niekorzyść jednego z bratnich Wydziałów. W każdym razie ruch naukowy ożywiłby się nadzwyczaj w kołach lekarskich, a zyskałaby na tem nauka i piśmiennictwo nasze.

Że wreszcie Lwów jako miasto odpowiada wszelkim wymogom, aby w nim Wydział lek. mógł prosperować, dowodzić chyba nie potrzeba. Położenie geograficzne, ludność znaczna, wielki szpital, zakład krajowy dla obłąkanych w pobliżu, są to zapewne warunki dla szkoły lekarskiéj bardzo korzystne.

To są prawdziwe powody, dla których uważamy powstanie Wydziału lek. we Lwowie za zbawienne dla kraju. A jednak dziwić się należy, że ani kraj, ani stolica jego jakoś nie bardzo sprawą tą się zajmują. Rząd nasz przyzwyczajony jest, że prowincyje, domagające się dla siebie Wydziału lek., życzenie to swoje wyrażają jasno i zrozumiale. Urządzenie Wydziału lek. połączone jest z wielkim kosztem, a prowincyje zazwyczaj przychodzą w pomoc Rządowi znaczną ofiarą pieniężną. Tak się stało w Tyrolu, tak w Styryi, a Sejm bukowiński starania swoje rozpoczął od ofiarowania dość znacznéj sumy na rzecz Wydziału lek. Dotąd nie słyszeliśmy, aby kraj nasz z podobną odezwał się ofertą, a jeżeli władza autonomiczna ciągle ma do walczenia z biedą w kraju panującą, a na ofiarę pieniężną na ten cel zdobyć się nie może, to Sejm w inny sposób, jak przez ofiarowanie gruntów bezpłatnych pod budowę, a gmina lwowska przeznaczeniem pokaźnéj sumy pieniężnéj powinnyby zamanifestować rzeczywiste pragnienie posiadania Wydziału lek. w stolicy kraju.

Dopiero jeżeli wszystkie czynniki złożą się i połączą swe usiłowania, uzasadnioną będzie nadzieja, że sprawa Wydziału lek. we Lwowie przestałaby nareszcie być węzłem morskim i prędzéj lub późniéj stałaby się rzeczywistością. Powstanie Wydziału należycie urządzonego i wyposażonego powita kraj cały z radością prawdziwą, Wydział zaś lekarski krakowski z braterskiem przywiązaniem i miłością śledzić będzie pierwszych kroków braciszka swego, a dbały o jego dobro i powodzenie poczytywać sobie będzie za wielką przyjemność, aby służyć mu radą i czynem, w nadziei miléj, że podrósłszy wspólnie z nim pielęgnować będzie niwę nauki ojczystéj, a z czasem wywzajemni mu się radą i podporą. Żywo pragniemy, aby to nasze szczere życzenie noworoczne, które Lwowowi składamy, jak najprędzéj ziściło się ku pożytkowi i chwale kraju i stolicy. *L. B.*

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

(L. B.) **Sprawozdanie c. k. krajowéj Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi za rok** 1886 i 1887, wyszłe pod koniec r. z., jest dalszym ciągiem publikacyj, dawniéj rok rocznie ogłoszonych, a przedstawiających na podstawie dat i cyfer ściśle urzędowych wierny obraz zdrowia publicznego w kraju naszym, a zaraz całéj nędzy sanitarnéj naszéj. Pod względem rozdziału treści sprawozdanie niniejsze nie różni się od poprzednich, a jeżeli się bardzo nie mylimy, bo nie mamy pod ręką sprawozdań poprzednich, to i wnioski ostateczne są te same, co dawniéj, co stanowi najlepszy dowód, że wnioski dawniejsze pozostały wnioskami i nie doczekały się załatwienia i urzeczywistnienia. Obracamy się ciągle w kole błędnem: widzimy i poznajemy złe, wiemy, jak mu zaradzić trzeba i powinno, ale wszelkie rady rozbijają się o kwestyję finansową, któréj rozwiązać nie może ani Rząd, ani władza autonomiczna. Sprawozdania więc w mowie będące stanowią i zapewne jeszcze przez długie lata stanowić będą cenny materyjał, a zadowolić się wypadnie, jeżeli w czasie najbliższym przy dobréj woli i wielkiem wysileniu choć mała cząstka złego usuniętą zostanie.

Sprawozdanie rozpada się na 2 części: pierwsza obejmuje zestawienie szczegółów, odnoszących się do śmiertelności i stanu służby zdrowia oraz zakładów leczniczych, wraz z wnioskami ostatecznemi, część ta jest opracowaną gruntownie jak w latach poprzednich, przez prof. Czyżewicza; część druga obejmuje tablice statystyczne, służące za podstawę i illustracyję, i zestawioną jest z mrówczą pilnością i dokładnością przez obecnego protomedyka Dra Merunowicza.

Niepodobna nam podać streszczenia dat w sprawozdaniu podanych; sądzimy, że każdy lekarz, dla którego nieobojętnym jest stan zdrowia publicznego w kraju naszym, powinien zapoznać się dokładnie z bogatą treścią i w miarę swego doświadczenia, w miarę okolicy, w któréj praktykuje, i warstwy ludności, z którą przeważnie się styka, poczynić uwagi swoje, które ogłoszone w pismach lekarskich stałyby się podstawą dyskusyi fachowéj a w następstwie korzystnemi dla ogółu. Poprzestajemy na podaniu wniosków ostatecznych, aby do nich nawiązać parę uwag.

Wnioski te są następujące:

I. Znaczne szerzenie się chorób nagminnych w kraju wymaga dokładniejszego nadzoru sanitarnego, przeto koniecznem jest w interesie ogółu, państwa i kraju łączenie pewnéj ilości gmin względnie do obszaru i zatrudnienia i tworzenie publicznych posad lekarzy gminnych okręgowych.

II. W celu powstrzymania rozwoju chorób nagminnych koniecznem jest wydanie ustawy budowlanéj dla gmin wiejskich i miasteczek.

III. Należy postarać się o zapewnienie przyrostu potrzebnéj liczby lekarzy uzdolnionych przez wskrzeszenie we Lwowie w miejsce zwiniętéj szkoły medyczno-chirurgicznéj fakultetu lekarskiego.

IV. Potrzebnem jest podwyższenie c. k. lekarzom powiatowym rangi i płacy.

V. Jest rzeczą niezbędną ustanowienie w szkołach stałego nadzoru lekarskiego.

VI. Ponieważ obecnie szpitale niewystarczają dla pomieszczenia zgłaszających się chorych, przeto koniecznem jest rozszerzenie istniejących lub zakładanie nowych szpitali publicznych, obok zakładania przytulisk dla nieuleczalnych.

VII. W obec wielkiéj ilości obłąkanych błąkających się bez opieki po kraju należy postarać się o umieszczenie tychże w zakładach dla umysłowo chorych.

VIII. Należy postarać się o wybudowanie zakładów dla położnic i urządzenie ich odpowiednio do wymogów higijeny lekarskiéj.

IX. Byłoby rzeczą pożądaną wprowadzić dla akuszerek egzaminy dodatkowe w celu obeznania ich z nowszemi postępami nauki położnictwa.

X. Należy napowrót zaprowadzić zniesione domy podrzutków, a względnie urządzić zakłady opieki nad niemowlętami.

XI. Koniecznem jest urządzenie krajowych publicznych zakładów wychowawczych dla głuchoniemych i ciemnych.

XII. Należy zaprowadzić przymusowe szczepienie ochronne od ospy krowianką.

XIII. Koniecznem jest postarać się, aby wszelkie sprawy sanitarne krajowéj Radzie zdrowia do zaopiniowania przedkładano.

XIV. Dla sanacyi miast naszych jest rzeczą niezbędną usunięcie targowic bydlęcych z śródmieścia na inne miejsca, odpowiadające wymogom sanitarnym i weterynarno-policyjnym.

Co do wniosku I: W obec pominięcia projektu ustawy o lekarzach gminnych w Sejmie tegorocznym niema niestety widoków, aby kraj nasz tak rychło pozyskał instytucyję tak ważną i upragnioną.

Co do wniosku III: W sprawie urządzić się mającego Wydziału lek. we Lwowie pisaliśmy powyżéj; i w téj mierze nie ma nadziei, aby rzecz tak prędko przeprowadzoną być mogła.

Co do wniosku IV: Stanowisko lekarzy powiatowych ani pod względem płacy, a tem mniéj pod względem rangi, jaką zajmują w hierarchii urzędniczéj, nie jest wcale świetne i nieodpowiada ani wieloletniéj pracy, ani licznym egzaminom, wymaganym przez państwo od lekarzy rządowych. Wypadałoby, aby wszystkie Rady zdrowia w Austryi zgodnie wystąpiły z żądaniem poprawienia losu lekarzy rządowych, a wtedy z czasem możnaby skutek jakiś osiągnąć.

Co do wniosku V: Potrzeba sanitarnego dozoru nad szkołami i uczniami jest u nas gwałtowną; wszakże w kraju naszym szkoły nieraz demonstrują *ad oculos*, jak urąga się wymogom higijenicznym. Tyczy się to tak gmachów szkolnych wogólności, jakoteż sal wykładowych, ławek, wentylacyi, wychodków, przestrzegania czystości itd.; tyczy się to także przeciążenia uczniów przez to, że potrzeb hygienicznych wcale prawie się nie uwzględnia. Dozór lekarski mógłby tu działać nadzwyczaj zbawiennie.

Co do wniosku VII: O kwestyi obłąkanych, nie umieszczonych w zakładach, trudno rozpisywać się; brak nam na to miejsca i czasu; do téj kwestyi, nader doniosłéj i ze

stanowiska sądowo-lekarskiego, powrócimy przy innéj sposobności.

Co do wniosku IX: Wniosek ten jest bardzo ważnym, ale może ważniejszym od ponownych egzaminów, do których, jak sądzimy, zmuszać akuszerek państwo niema prawa, byłoby włożenie na nie obowiązku zapoznawania się co parę lub co kilkanaście lat z postępami nauki pod względem traktowania chorych.

Co do wniosku XIII: Że wszelkie ważniejsze sprawy sanitarne wypada przedkładać Radzie zdrowia, zdaje nam się być rzeczą całkiem słuszną; czy obecnie przedkłada się je Radzie zdrowia, tego nie wiemy, jak w ogóle nie wiemy absolutnie nic, co Rada sanitarna robi. Według ustawy Rada sanitarna powinna ogłaszać protokóły swych posiedzeń; nasza Rada zdrowia tego nie czyni, nie wiemy znów z jakich powodów. Tak więc kraj o Radzie téj nic nie wie, a byłby czas, aby raz przecie zamanifestowała swoje istnienie; kraj ma prawo domagać się tego, zwłaszcza, gdy tego żąda i ustawa.

* **W sprawie kas dla chorych.** Kolegijum doktorów w Wiedniu wystósowało petycyję do Rady państwa w sprawie uwzględnienia przy najbliższéj sposobności następujących wniosków: 1) Obowiązkowe zabezpieczenie na przypadek choroby ma się rozciągnąć nietylko do robotników, ale i do ich żon i dzieci; 2) tylko takim osobom niżéj lat 35 wolno przystępować do powiatowych kas dla chorych, które mają minimum dochodu 630 złr. rocznie; 3) lekarze stowarzyszeń mają być mianowani przez władzę polityczną przynajmniéj na lat 5; wreszcie 4) do narad nad zmianami w ustawie zaprowadzić się mającemi mają być wzywani lekarze praktyczni jako znawcy.

* **W sprawie izb lekarskich** interpelowano niedawno w Radzie państwa przewodniczącego komisyi sanitarnéj, który odpowiedział, że sprawa ta stoi w związku ze sprawą państwowego urzędu zdrowia, co do którego sprawozdanie już przedłożono prezydyjum Izby.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 2 stycznia. W roku ubiegłym nauki lekarskie poniosły dotkliwe straty przez śmierć licznych badaczy i lekarzy. Dzielnice polskie opłakują zgon trzech mężów znakomitych: Biesiadeckiego, Chałubińskiego i Kaczorowskiego, a nadto z lekarzy polskich umarli Drowie: Brodowski Wincenty, Dąbrowski, Halski, Ignatowski, Jabłonowski, Kreutzer, Królikowski, Lubiński, Malewski, Malicki, Niwiński, Paleczny, Popławski, Rosenblum, Rosenthal, Rodziewicz, Rybczyński, Suligowski, Tylka, Witkowski, Witz, Wojnarski, Zabroński, Żyżniewski. Daléj ubyli przez śmierć z fizyjologów: Worm-Müller, Kruckenberg, Gscheidlen, Donders, Wooldridge; z anatomów: Brock, Boetticher, Nuhn, Quiquerez; z chemików: Chevreuil, który przeżył więcéj niż 100 lat i Schilder; z internistów: Kreitmair, Meyer, Perrin, Eichwald, Wagner, i Williams; z chirurgów: O'Dwyer, Loretta, Masserton, Orłowski w Warszawie, Ultzmann, Wittelshöfer syn i Ryszard Volkmann; z ginekologów: Breisky i Wasseige; z otiatrów: Voltolini; z pedyjatrów: Fürth; z psychijatrów: Hadlich, Leidesdorf, Nasse, Perroud, Schwartzer ojciec; z higijenistów: Soyka i Hoffmann; z balneologów: Orth; z lekarzy rządowych: Markbreiter, Plohn i Walther; z lekarzy wojskowych: jeneralni lekarze sztabowi: Kozłów, Lauer, Legouest Schubert; z redaktorów: Wittelshöfer ojciec. Pokój ich cieniom!

* Influenza szerzy się coraz więcéj w Europie środkowéj; we Wiedniu wszystkie szpitale powszechne są przepełnione tak, że przypadków lżejszych wcale nie przyjmują. Władze rządowe nie uznały wprawdzie za potrzebne zarządzenie środków wyjątkowych w obec przebiegu łagodnego epidemii, jednak przypomniały lekarzom obowiązek donoszenia o każdym przypadku. Zasługuje na uwagę, że choroba nagabuje więcéj dorosłych, aniżeli dzieci i że więcéj choruje uczniów szkół wyższych, aniżeli szkół ludowych.

* Z dnia 1 stycznia r. b. w Austryi wchodzi w życie nowa taksa leków, a tem samem odnośne rozporządzenie Ministerstwa spraw wewn. z d. 28 listopada 1885 obowiązywać przestaje. Taksa ta zawiera kilka nowych przepisów, a mianowicie: Leki, co do których istnieją pewne ograniczenia, wolno aptekarzowi wydawać tylko za należytym przepisem lekarza lub weterynarza (§ 3). Wyjęte są środki desinfekcyjne i kw. karbolowy, siarkan cynkowy i miedziowy, jednak na naczyniu wyraźnie umieścić należy napis „do desinfekcyi“, jakoteż chloroform z napisem „do użytku zewnętrznego“, ale tylko w mięszaninie, zawierającéj 20% chloroformu. Recepty, w których dawka maksymalna jest przekroczoną, wolno ekspedyjować tylko wtedy, jeżeli lekarz dodał znak wykrzyknika i jeżeli dawka nietylko cyframi, ale i słowami podaną została (§ 4). Każdą receptę winien lekarz pisać czytelnie i dodać nazwisko i mieszkanie chorego; jeżeli lekarz tego nie uczynił, aptekarz jest obowiązany dodać nazwisko i mieszkanie (§ 5). Ponowne wydawanie leku według jednéj recepty dozwolone jest tylko na rzecz strony na recepcie wymienionéj. Jeżeli zachodzi obawa nadużycia, lekarz winien dodać na recepcie klauzulę *„ne repetatur“*, a wtedy aptekarz obowiązany jest zastósować się do niéj (§ 6). Niewolno wydawać leku na podstawie recepty odkopiowanéj i niewolno też recept kopiować w aptekach (§ 7). Receptę z dopiskiem *„cito“* lub *„statim“* należy ekspedyjować jak najprędzéj (§ 8). Recept z dodatkiem *„secundum meam praescriptionem“* lub z inną uwagą, nasuwającą domysł o porozumieniu się lekarza z aptekarzem, które jest nie dopuszczalne, wcale ekspedyjować niewolno (§ 9), a lekarzom niewolno takich dopisków umieszczać. Dla biednych, na żądanie szczególne stron, jako też w razie jeżeli lekarz dodaje klauzulę *„fiat expeditio simplex“* aptekarz winien ekspedyjować jak najtaniéj (§ 10). Wolno aptekarzowi wydawać leki poniżéj taksy, jeżeli tylko dobroć na tem nie cierpi. Winien atoli na recepcie wypisać tak taksę, jakoteż cenę obniżoną (§ 16).

* Otrzymaliśmy list następujący!

Szanowny Panie Redaktorze:

Na postawioną przez szan. Redakcyję w dodatku do mojego zaproszenia propozycyję demonstrowania moich ciałek publicznie w towarzystwie lekarskiem jak najchętniéjbym się zgodził gdyby moje ciałka nie były już raz w towarzystwie lekarskiem tutejszem przedmiotem bardzo dokładnéj demonstracyi. („Przegląd Lekarski“ Nr. 17 r. 1885). Komu demonstracyja ta nie wystarcza, i wszystkich, których sprawa moich ciałek interesuje, powtórnie niniejszem zapraszam do mojego zakładu, gdzie na rozlicznych preparatach i na odpowiednich dokumentach fakta przezemnie podane stwierdzić można z całą dokładnością i z należytą swobodą.

Prof. Dr. Adamkiewicz.

* Do funduszu wdów i sierot po lekarzach nadesłali prof. Borysiekiewicz z Insbruku kwotę 5 złr., lekarz powiatowy Dr. Goldhaber z Nowego Targu kwotę 2 złr., Dr. Szymkiewicz z Krakowa 2 złr. — uwalniając się tem od powinszowań noworocznych.

* Młody i czynny lekarz może mieć rozległą praktykę osiadając w miasteczku z kilku tysiącami mieszkańców, gdzie jest tylko jeden patron chirurgii. Bliższymi szczegółami służy na żądanie M. L. Dobrowolski w Krakowie, Floryjańska 47.

* **Warszawa.** Temi dniami obchodzić będzie jubileusz 40-letniéj pracy zawodowéj lekarskiéj Dr. Henryk Podowski, b. lekarz naczelny szpitala św. Łazarza.

† Parlament francuski przyjął następujący wniosek Dra Javala: Ojcowie i matki mające 7-ro dzieci uwalnia się od opłat osobistych i od podatków z majątków ruchomych. Celem wnioskodawcy jest wpłynąć na Francuzów, żeby mieli więcéj dzieci.

† W Chile otwarto 15 września b. r. jako w rocznicę ogłoszenia niepodległości rzeczypospolitéj nową szkołę lekarską w Santiago. Przy téj sposobności odbył się pierwszy zjazd lekarzy i przyrodników, na którym ogłoszono następujące konkursy: 1) 2000 peso (około 3000 złr.) za najlepszy projekt farmakopei. 2) 500—1000 peso za projekt ulepszenia sanitarnych stosunków stolicy, za dzieło o mineralnych wodach Chile, za zbadanie jednéj z miejscowych lekarskich roślin pod względem jéj chemicznych i terapeutycznych własności i za podanie środka antyseptycznego. 3) 1000 za inne prace naukowe.

* **Mianowania.** JE. p. Namiestnik zamianował lekarzami powiatowymi 1-széj kl. Drów Stanisława Zawadzińskiego

w Wadowicach i Ignacego Janowskiego w Drohobyczu; lekarzami powiatowymi 2-éj kl. dotychczasowych asystentów sanitarnych Drów: Antoniego Coghena w Bohorodczanach i Adolfa Goldhabera w Żydaczowie; asystentami zaś sanitarnymi egzaminowanych fizyków Drów: Franciszka Sobolewskiego w Zaleszczykach, Feliksa Najedłę w Krośnie, Henryka Blumenfelda w Nowym-Targu, Emila Lebedowicza w Mościskach i Józefa Kownackiego w Wieliczce.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Docenci prywatni Drowie Frisch, Maydl i Lorenz mianowani zostali proff. nadzw. chirurgii.

* **Nekrologija.** Dr. Michał Tylka sekundaryjusz szpitala św. Łazarza zmarł dnia 27-go b. m. z zapalenia płuc, licząc lat 31. Zmarły ukończył niedawno studyja w tutejszym uniwersytecie, a posadę sekundaryjusza zajmował zaledwie przez kilka tygodni. Skromny i cichy, ceniony w gronie młodszych kolegów zmarł na samym wstępie do życia zawodowego, pozyskawszy zaledwie posadę po studyjach wśród twardych warunków. Nad grobem kolegi przemawiali prezes Tow. Lek. krak. prym. Paszkowski i Dr. praw Gluziński. S. p. Tylka pozostawia wdowę i dziecko bez żadnego zaopatrzenia. — W Budapeszcie umarł prof. nadzw. i prymaryjusz Dr. Gejza Antal w 44 roku życia. Był on znakomitym specyjalistą w urologii i wydawcą tygodnika *Orvosi Hetilap*; w Paryżu umarł prof. kliniki wewn. Damaschino, a w Stokholmie profesor higijeny Dr. Eliasz Heymann, mając lat 60. — We Wiedniu umarł prof. nadzw. newropatologii Dr. Chr. Rosenthal, urodzony w r. 1833 w W. Waradynie we Węgrzech. — W Mentonie umarł w 58 roku życia znakomity klinicysta petersburski Sergiusz Botkin. Był on profesorem kliniki lek. w Akademii wojskowo-lekarskiéj, miał rozległą praktykę i wykształcił liczny zastęp lekarzy. — W Görbersdorfie na Szląsku pruskim umarł znany kierownik zakładu leczniczego Dr. Hermann Brehmer urodz. w r. 1826. Z powodu udziału w wypadkach r. 1848 rząd pruski zaledwie po 2 letnich staraniach jego, popartych przez Schönleina i Al. Humboldta pozwolił mu w r. 1856 na urządzenie zakładu leczniczego, który następnie cieszył się wielkiem powodzeniem; odwidzali go także liczni Polacy, a prawie ciągle lekarze polscy pełnili obowiązki asystentów nieboszczyka.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 52: Bujwida: Hodowlej promienicy; Strzemińskiego: Dwa przyp. obustronnego wrodzonego braku tęczówki; — W *Medycynie* Nr. 52: Giedrojcia: Wykaz stat. lek. chorych leczonych w szp. św. Łazarza w Warszawie (dok.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 8 b. m. o godzinie 6 téj wieczór w sali wykładowéj prof. Blumenstoka posiedzenie administracyjne.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Ogłoszenie.

W celu obsadzenia opróżnionéj posady c. k. weterynarza powiatowego względnie oglądacza zwierząt i produktów zwierzęcych, rozpisuje się niniejszem konkurs do dnia 10 Stycznia 1890 r.

Kandydaci mają swe podania zaopatrzone metryką urodzenia i dowodami kwalifikacyjnymi, wymaganymi ustawą z dnia 21 Marca 1873 (d. u. p. Nr. 37), niemniéj w dowody znajomości języków krajowych, wnieść w powyższym terminie do Prezydyum c. k Namiestnictwa, mianowicie kompetenci zostający już w służbie państwowéj w przepisanéj drodze służbowéj, inni zaś przez dotyczące c. k. Starostwo, a we Lwowie i Krakowie przez c. k. Dyrekcyę Policyi. 8—1—1

Lwów dnia 17 Grudnia 1889 r.

KOMISYJA PRZEMYSŁOWA TOW. LEK. KRAK.

na podstawie uchwał tegoż Towarzystwa

poleca następujące wyroby i przetwory:

1. **Bulijon** p. A. Sołkowskiego w Krysowicach poczta Mościska.
2. **Chleb Grahama** p. G. Barucha w Podgórzu.
3. **Jarzyny suszone** pp. Seelinga w Izdebniku.
4. **Jarzyny i owoce suszone** p. Różańskiego i Sp. w Bochni.
5. **Kakao proszkowane i czekoladę** wyrobu P. Henryka Tretera we Lwowie.
6. **Kapsułki elastyczne** (z olejkiem rycynowym, tranem, balsamem kopaiwianym, tranem żelazistym i t. p.) wyrobu p. Kotowicza w Krakowie i **Kapsułki** (z olejkiem rycynowym i z tranem itp.) wyrobu p. M. Zahradnika, aptekarza w Jezierny.
7. **Kefir** p. apt. Sobierajskiego w Krakowie i p. St. Wolańskiego we Lwowie.
8. **Kołaczyki** (Tabletki) z uretanu, pr. korz. rzewniowego, pr. listków senesowych, z sublimatu do opatrunków chirurgicznych itp. wyrobu apt. p. K. Wiszniewskiego w Krakowie.
9. **Krowiankę** pp. Freysingera w Lisku i Kubickiego we Lwowie.
10. **Mleko** z obory pp. St. Homolacsa w Gnojniku, St. Niedzielskiego w Śledziejowicach i St. Żeleńskiego w Grodkowicach.
11. **Olejek z sosny karłowatéj polskiéj** (*Oleum pini pumilionis polonicum*) p. apt. Nitribitta w Krynicy.
12. **Papierki synapismowe** na podobieństwo papierków Rigollota wyrobu p. Lebensteina na Zwierzyńcu pod Krakowem.
13. **Pastylki z nitrogliceryna** p. Mutniańskiego apt. w Warszawie i pp. Kowalskiego i Bełdowskiego apt. w Krakowie.
14. **Pigułki** p. A. Mańkowskiego apt. w Przemyślu (z arsenianem sodowym, chlorkiem morfinu, z siarkanem atropinu, z wyciągiem makowca, kreozotowe bezwonne, z kw arsenawym i kreozotem i perełki chloralowe).
15. **Piwo słodowe** wyrobu p. K. Wiszniewskiego apt. w Krakowie.
16. **Placuszki** (t. z. Albertki) z mąki razowéj p. Czyńskiego w Jarosławiu.
17. **Plastry smarowane** (empl. adhaesivum ext., hydrargyri ext. diachyli comp. ext., cantharidum ext., thapsiae, de Vigo cum et sine mercurio, empl. Schiffenhauseni, papier Wlinsi, kataplasmy Hamiltona) pp. Trzcińskiego i Urbanowicza w Warszawie.
18. **Przetwory farmaceutyczne** (empl. diachyli s., extr. mal. ferri, resina jalapae i t. p.) p. Zieniewicza apt. w Brzostku.
19. **Przybory opatrunkowe chirurgiczne** p. Dobrowolskiego w Krakowie.
20. **Stożki mentolowe** p. apt. Sobierajskiego w Krakowie.
21. **Sztuczne wody mineralne** (Bilińska, jodowa, litowa, Selterska, Vichy, żelazista) pp. Rzący i Chmurskiego w Krakowie.
22. **Tamar indien** wyrobu apt. p. Sobierajskiego w Krakowie
23. **Wina lecznicze** wyrobu p. Kalickiego apt. w Przemyślu.
24. **Wyciąg słodowy** p. J. Götza w Okocimie i p. Trąbczyńskiego w Winiarach pod Kaliszem.
25. **Wodę sodową zwykłą, higijeniczną i wodę sodową kwaśną**, jak niemniéj **wodę bromową** pp. Rzący i Chmurskiego w Krakowie.
26. **Wyciąg igliwiowy** p. Nitribitta apt. w Krynicy.
27. **Zioła lekarskie** zbioru i produkcyi p. Zieniewicza w Brzostku, p. Szybalskiego w Morawicy pod Krakowem i p. Żymirskiego w Lubaczowie. 6—5—3 *Prof. Dr. Korczyński.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 11 Stycznia 1890. Nr. 2.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyai księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Z kliniki prywatnéj chorób kobiecych A. Martina w Berlinie.

Śródbłoniak jajnika.

Skreślił
Dr. J. Pomorski
asystent kliniki A. Martina.

W patologii nowotworów znany jest odrębny rodzaj narośli złośliwych, którego jednakowoż ani do raków ani do mięsaków zaliczać nie można. Podobne nowotwory spostrzegano już dosyć dawno i dla odróżnienia ich od zwyczajnych raków i mięsaków nazywano je perlakami, oblakami, rdzeniakami, rakami śluzowemi i t. p. Kolaczek[1]) ma tę wielką zasługę, iż pierwszy w literaturze zwrócił uwagę na jednolitość tych nowotworów. Zważając przedewszystkiem na układ anatomiczny i rozwój nowotworów, nie zaś na formę zewnętrzną, zebrał około 60 przypadków, które figurowały w literaturze pod mianem nadzwyczajnem i po gruntownem a ścisłem zbadaniu doszedł do przekonania, że nowotwory te rozwinęły się ze ścian naczyń krwionośnych, a względnie ze śródbłonka albo przybłonka. Ponieważ zaś śródbłonek a przybłonek, jako twory tkanki łącznéj, równą grają rolę względem rozwoju nowotworów, postanowił Golgi[2]) nowotwory powstałe z śródbłonka albo przybłonka nazwać „śródbłoniakami" (*Endothelioma*). Kolaczkowi zdawało się jednakowoż, jakoby nazwa „mięsaki naczyniowe" *Angiosarcoma*, była dobitniejszą i jędrniejszą już to z powodu tego, że nazwa „mięsak" wykazuje złośliwość nowotworu, a potem ponieważ dodatek „naczyniowy" cechuje najgruntowniéj rozwój nowotworu. Podług zestawienia Kolaczka zdarzają się nowotwory podobne na głowie, na czole, na policzku i na szczękach. Ze 60 przypadków kilka znaleziono w innych częściach ciała, a żadnego w jajniku. Leopold[1]) dopiero pierwszy opisał śródbłoniaka jajnika, ale nazwał go jeszcze naczyniakiem limfatycznym, torbielowym (*Lymphangioma kystomatosum*). Skreśliwszy odrębnie mięsaki jajnika zatrzymuje się Leopold w pracy swéj o stałych nowotworach jajnika nad pewnym nowotworem, „który zajmuje miejsce przejściowe pomiędzy grupą mięsaków a raków. Odznacza on się bowiem układem tkanki łącznéj, jakiego dotąd nie spostrzegano nigdy w jajniku, a raz poraz tylko w innych narządach".

Przy sekcyi u małego ośmioletniego dziewczęcia znalazł Leopold nowotwór wielkości głowy ludzkiéj, 10 funtów ważący. Powierzchnia gładka, okrągła ale miejscami guzowata. Na przecięciu przedstawia się budowa siatkowata, w któréj oczkach spostrzegać można tysiące mniejszych i większych torbieli, a wszystkie prawie napełnione są mętnym, surowiczym płynem. Drobnowid dopiero wykazuje, iż w delikatnem, luźnem podścielisku tkanki łącznej mieści się niezrównana ilość okrągłych, wydłużonych, wijących się i wielokanciastych kanałów, zaopatrzonych w cienką otoczkę z wrzecionowatych komórek i w jedną warstwę cylindrycznego nabłonka. Początki tych kanałów przedstawiają nam się jako gniazdka okrągławych komórek bez środkowego światła. Większe kanały posiadają rzeczywiste światło, zapchane tu i owdzie komórkami albo też odpadkami komórek (*detritus*). Komórki pojedyncze mają wielkie, szerokie, napęczniałe ciało i małe, lecz jak najbardziéj wyraziste jądro. Ułożone one są miejscami w okrągłe kule i uwarstwione współśrodkowo w kształcie liści cebuli. Podścielisko z tkanki łącznéj tworzą długie przeplatające się nawzajem włókna. Pomiędzy niemi zachodzą szczeliny wysłane jednowarstwowym, delikatnym śródbłonkiem. Śródbłonek buja jak najobficiej, puszcza pączki i wytwarza nowe pokłady komórek, które zapełniają a względnie rozszerzają szpary limfatyczne.

Takie samo bujanie śródbłonka spostrzegał Michel[2]) przy zmianach patologicznych pochew nerwu wzrokowego

[1]) *Zeitschrift für Chir.* tom 9 i 13. *Über Angiosarcoma.* — [2]) *Sulla struttura e sullo sviluppo degli psammomi,* Pavia 1869. (*Ref. Virch. Arch.* tom 51 pag. 311).

[1]) *Die soliden Eierstockgeschwülste. Arch. für Gyn.* tom 6.
[2]) *Beitrag zur Kenntniss der sogenannten Staunngspapille*

również w małych jak we wielkich jamach limfatycznych. Leopold jest zdania, że z powodu skręcenia się szypułki nastąpiło zatamowanie limfy, a stąd podrażnienie śródbłonka do niezmiernego bujania. Mięsaki naczyniowe Kolaczka mają podługowate, cylindryczne kanały, które, wijąc się na wszelakie strony, łączą się często ze sobą. Kanały te zapchane są komórkami. Często rozpoznać można w ich środku światło, napełnione ciałkami krwi albo też ich odpadkami (*detritus*). Pomiędzy kanałami znajduje się siatkowate podścielisko z tkanki łącznej. Gdzie światła żadnego niema, tam najrozmaitsze komórki wypełniają kanały, na obwodzie kształtu cylindrycznego, w środku zaś więcéj okrągławe, wielokanciaste i podobne do płaskiego nabłonka. W miejscach, gdzie kanały się krzyżują, wytwarzają się kule współśrodkowo uwarstwionych komórek, a ostatnie doznają tu często przemiany szklistéj. Podobnéj przemianie ulegają też i ściany kanałów, a wtenczas zdaje się, jakoby komórki leżały w osobnéj torebce właściwéj gruczołom (*tunica propria*). W śródbłoniaku Leopolda zachodzi ten sam kanalikowy układ, tylko zawartość kanałów składa się nie z ciałek krwi, lecz z ciał limfatycznych. I tu znajdują się te same perełki podobne do rakowcowych i tu mamy szkliste zwyrodnienie komórek, występujące w kształcie pęcherzyków (*vacuola*), oba rodzaje guzów są do siebie bardzo podobne pod względem anatomicznym, podobieństwo mają do raków z powodu tego, iż kolumny nabłonkowatych pierwiastków przerastają łączno-tkankowe podścielisko i zlepiają się w perły rakowcowe. Z mięsakami zaś mają to wspólne, iż oba twory mają łącznotkankowy początek. Do siebie zaś są o tyle podobne, iż rozwijają się ze śródbłonka. Dla tego też sprawdzać się musi zdanie Leopolda, iż nowy rodzaj guzów przedstawia nam przejście z nabłonkowych w łącznotkankowe.

Po ogłoszeniu pracy Leopolda pojawiły się już częściéj publikacye śródbłoniaków w jajnikach. Otóż Marchand [1]) podaje dwa przypadki. W jednym z nich dowodzi, iż nowotwór napewno powstał ze śródbłonka szpar i kanałów limfatycznych; w drugim zaś przypuszcza wszelkie prawdopodobieństwo śródbłonkowego powstania.

I. W pierwszym przypadku chodziło o guz brodawkowaty, torbielowy obu jajników u kobiety 48 letniéj. Na przekroju widać układ siatkowaty z podścieliskiem łącznotkankowem i cylindrycznemi przestworami, zajętemi przez tkankę czerwonosiną, miękkości mózgu, poczęści zapełnionemi brodawkowatemi, kalafiorowatemi wyrostkami. Rozstrzępiwszy cząstki pojedyncze brodawek, wyjętych z jam guza, znalazł Marchand komórki wielkie, płaskie, różnokształtne, nabłonkowate, zlepione ze sobą w małe grupy. Ciałka ich tak były ze sobą zlane, iż granic pojedynczych komórek oznaczyć nie było można, a tylko jądra w jednolitéj ziarninowéj substancyi wyraziście występowały. Komórki przypominały nam komórki rakom właściwe. Pomiędzy grupkami leżały długie wrzecionka, wiązki włókienek i samotne jądra. Tak rozrzucone rozmaite pierwiastki nie pozwalały mu dokładnie rozpoznać, z powodu tego badał Marchaud jeszcze inne cząstki twarde i stałe, odznaczające się jeszcze świeżością sprawy. Tu przebiegały wydłużone wiązki dosyć zbitéj tkanki łącznéj, a pomiędzy włókienkami wiły się szczeliny limfatyczne, wysłane śródbłonkiem. Zdawało się jednakowoż, jakoby te szczeliny, zlewające się ze sobą tu i owdzie w większe jamki, rozpychały albo rozdzierały wiązki włókienek. Bo w tych jamkach rozmnażały się śródbłonki bardzo żywo. Najpierw tworzyły się nowe komórki, te układały się w strączkowate wyrostki i przeciwległe brodawki, dotykając się czubkami, zlewały się ze sobą, aby tworzyć niejako pomost pomiędzy dwiema przeciwległemi ścianami. W innych szczelinach wyciągały się zrosłe czubki w miarę rozrastających i rozpinających się oczek limfatycznych w długie, cienkie promieniste i tworzyły rozetki lub najpiękniejsze gwiazdki. Na przekroju podłużnym zdawało się, jakoby komórki nad brzegiem szpar limfatycznych, świeżo dopiero wybujałe. wyglądały więcéj wrzecionowato, względnie cylindrycznie, kiedy tymczasem środkowe podobne były do nabłonka lub blaszek płaskich. Tu i owdzie zachodziło także zwyrodnienie szkliste komórek i zwyrodnienie śluzowe łącznotkankowego podścieliska.

II. W drugim przypadku opisuje Marchand jajnik, wielkości średniego jabłka, zaległego w przepuklinie pachwinowéj. Nowotwór składa się z kilku guzów, złączonych ze sobą za pomocą mocnéj i zbitéj tkanki łącznéj, która wychodzi z otoczki białéj i wnika pomiędzy pojedyncze guzy. W niéj znajduje się pomiędzy guzami żółtawobiała miękka masa. Pojedyncze guzy dzielą się znowu na mniejsze okrągłe pola, odgraniczone smugami tkanki łącznéj. W tych ostatnich, jako też w miękkiéj istocie nowotworowéj widzieć można poprzecinane naczynia. Pod drobnowidem zaś rozpoznaje się gruczołowate kanały, zapełnione komórkami i odgraniczone od reszty tkanki cienką, delikatną, szklistą torebką. Pojedyncze komórki składają się z ziarnistéj protoplazmy i podługowatych pęcherzykowatych jąder, leżą nad brzegiem równoległe, a w środku pionowo do ścian torebki. W niektórych miejscach posiadają twory torebkowate wprawdzie wolne światło, jednakowoż nie można w niem odkryć żadnego ciałka krwi. Z tego też powodu przypuszczenie, jakoby guz z naczyń się rozwinął, mało było prawdopodobne, podczas gdy więcéj okoliczności za rozwojem jego ze śródbłonka szpar limfatycznych przemawiało.

Olshausen, Ackermann [1]) wydostali przy sekcyi u 17 letniego dziewczęcia nowotwór jajnika, wielkości głowy ludzkiéj, złożony ze siatki naczyń włosowatych, których zawartością nie były ciałka krwi, lecz okrągłe komórki. W oczkach zaś znajdowała się białkowata masa, albo też drobne komórki.

Flaischlen [2]) opisuje jajnik, który się składał ze skórzaka i z grupy torbieli, ze czterech małych i jednego wielkiego torbiela. Pomiędzy skórzakiem a torbielami wcięty był rowek z twardéj zbitéj tkanki łącznéj. Tkanka ta wiła się pomiędzy małemi torbielami i przechodziła w otoczkę wielkiego torbiela. W rowku i domiędzy torbielami, a przedewszystkiem zaś w ścianie wielkiego torbiela były smugi, na wewnętrznéj zaś powierzchni guzikowate wyniosłości móżdżkowéj sino-czerwonéj masy, które zdradzały oczywiście zwyrodnienie mięsakowe. Istota miękka składała się pod drobnowidem z gruczołowatych kolumn z komórek nabłonkowatych, prawdopodobnych jednakże wytworów tkanki łącznéj.

Ponieważ ciałka tkanki łącznéj uważamy dziś za początkowe jamki dróg limfatycznych, wysłane śródbłonkiem, dla tego też przypuścić możemy za jedno i to samo, czy nowotwór rozwija się z ciałek tkanki łącznéj, czy ze śródbłonka dróg limfatycznych. (C. d. n.)

und der pathologischen Veränderungen in dem Raume zwischen äusserer und innerer Opticusscheide. Arch. für Heilk. XIV. 1. — [1]) *Beiträge zur Kenntniss der Ovarientumoren. Abhandlungen der Naturforscher-Gesellschaft.* Tom XIV zeszyt 3. *Halle* 1879.

[1]) *Krankheiten der Ovarien* pag. 78. — [2]) *Combinationscyste des Ovarium. Z. f. G. und Gyn.* Tom 7.

II. O doszczętnem leczeniu wola w ogólności a o wyłuszczeniu go sposobem Socina w szczególności.

Na podstawie własnych doświadczeń przedstawił

Prof. Dr. Alfred Obaliński.

(Rzecz wyłożona na pierwszym zjeździe Chirurgów polskich).

(Dokończenie. Patrz Nr. 1).

Co do strony technicznéj, to operacyje te odznaczały się tem, że krwotok dawał się szybko i względnie łatwo zatamować, a jedyną trudność stanowiło zazwyczaj uwolnienie podstawy czyli wnęki guza, gdzie ostrożne oddzielanie zawsze było wskazanem dla oszczędzenia nerwu zwrotnego.

ad d) Resekcyję wola wykonałem 5 razy, 4 razy z dobrym skutkiem, gdyż tylko jeden powyżej już wspomniany umarł, a jeden uległ napadom tężyczki (*tetania*) pomięszanéj

z przypadami padaczkowatemi oraz ze zmianami w głosie i oddechu, któreto napady trwały w pełnéj grozie przez dni kilka, potem się nieco zmniejszyły, a ku memu największemu zadowoleniu otrzymałem wiadomość o tymże chorym w pięć miesięcy po jego wyjściu ze szpitala, że nietylko napady owe w zupełności ustąpiły, lecz że on stał się najzupełniéj zdolnym do pracy, czyli że osiągnąłem właśnie cel, który sobie tym razem założyłem. Dla ważności sprawy muszę dodać, że jestto ten sam przypadek, o którym wspomina Mikulicz w pracy swéj umieszczonéj w „Przegl. Lek.“ Nr. 48 z r. 1885 a Trzebicky z jego kliniki w Arch. Lang. XXXVII. 3. Gdy zaś w téj ostatniéj pracy spotykam się z zarzutem, jakobym ja wykonywając resekcyję wola jeszcze przed ogłoszeniem metody Mikulicza, wykonał ją nieodpowiednio a przezto obraził nerwy krtani, co stało się przyczyną owych niemiłych przypadków pooperacyjnych, czuję się obecnie zniewolonym zarzut ten w zupełności odeprzeć. Prawdą jest jedynie tylko to, że ja resekowałem wola przed ogłoszeniem metody Mikulicza; czynił to także Kocher, nie ochrzciwszy postępowania swego osobnem mianem. Plotką jest jednak niczem nie udowodnioną, że ja nieodpowiednio resekując wola zraniłem nerwy krtani, czemu właśnie za pomocą metody Mikulicza ma się zapobiegać. Cała różnica między tegoż postępowaniem a mojem polega jedynie na tem, że on zakłada szczypce tamujące od wspólnego otworu przez środek wola nożyczkami przebitego, gdy ja je zakładam od zewnątrz tak, że one swemi końcami w środku się stykają; w obu zaś razach zaciskają przewiązki nałożone tuż po za szczypcami sam gruczoł w oddaleniu przynajmniéj 1—2 centymetrów od wspomnianych nerwów tak, iż one ani w pierwszym ani w drugim razie obrażenia doznać nie mogą. Żem zaś rzeczywiście w niniejszym przypadku ich nie obraził, niech posłuży za dowód powyżéj wspomniany szczegół, iż chory ten w zupełności i stosunkowo w niedługim czasie do zdrowia powrócił, coby się stać nie mogło, gdyby nerw krtaniowy dolny lub nerw zwrotny doznał był obrażenia. Najpodobniejszą do prawdy jest rzeczą, że obrażenia tego doznają drobniejsze rozgałęzienia tych nerwów w pobliżu wnęki gruczołu tarczowego się rozpościerające, któreto obrażenia według wyjaśnień Jankowskiego z kliniki hejdelberskiéj prof. Jurasza wystarczają, aby wywołać bądź to foniczne bądź respiracyjne zboczenia, które po pewnym czasie przemijają. Mój przypadek dowodzi, że m że przyjść w następstwie ich aż do tężyczki i padaczkowatych napadów, które także po pewnym czasie przeminą. Faktem niezaprzeczonym jest jednak to, że mniejszem jest owo niebezpieczeństwo przy wykonaniu resekcyi wola niż przy strumektomii, jako też, że łatwiejszą jest pierwsza z nich, przeto i ja zgodnie ze zdaniem Mikulicza na podstawie swoich doświadczeń za częstszem wykonaniem resekcyi wola przemawiam.

ad e) Dwadzieścia i trzy razy wyłuszczyłem wól; wszyscy operowani pozostali przy życiu i opuścili zakład jako wyleczeni. Postępowanie moje nie różni się od tego, które podali Socin i Kocher, dlatego nie będę się tu szczegółowo nad niem zastanawiał, dodam tylko, że w ostatnich czasach przyjąłem dobry pomysł Bosego, który radzi, żeby dla uniknięcia krwotoku podczas operacyi zakładać dren na wnękę gruczołu w podobny sposób, jak to czyni Esmarch swym wężem elastycznym na kończynach.

Przy téj metodzie trzeba nabyć tylko wprawy w odróżnianiu warstwy gruczołowéj zdrowéj od zwyrodniałéj, jeżeli bowiem natrafimy na właściwą między niemi granicę, natenczas odbywa się wyłuszczenie guza lub guzów zwyrodniałych nadzwyczaj łatwo, a nadto mamy jeszcze tę korzyść, że pozbywamy chorego tylko tych zwyrodniałych części, podczas gdy zdrowe pokłady gruczołu tarczowego pozostają zachowane. Wobec nie rozstrzygniętéj jeszcze kwestyi, czy usunięcie gruczołu tarczowego staje się przyczyną owych przykrych zboczeń nazwanych *cachexia thyreopriva*, zasługuje metoda w mowie będąca na szczególniejsze uwzględnienie.

Po ogłoszeniu świetnych rezultatów zdobytych tą metodą przez obydwóch wymienionych operatorów szwajcarskich dały się słyszeć głosy, że metoda ta nie daje się w przeważnéj liczbie przypadków zastosować z powodu niewyraźnéj granicy między warstwą prawidłową a zwyrodniałą. Zdanie to podzielają także Mikulicz i Trzebicky a ten ostatni zdaje się nawet przechylać do przypuszczenia Hahna, że w Szwajcaryi przeważa forma wólów guzowata, w któréj warstwy wybitne nadają się do tego rodzaju operacyi, podczas gdy w innych okolicach Europy przeważa forma rozlana odznaczająca się brakiem owéj wybitnéj granicy między warstwą prawidłową a zwyrodniałą. Otóż na podstawie mojéj statystyki mogę stanowczo zaprzeczyć tym twierdzeniom, przynajmniéj co do naszego kraju Od czasu jak zacząłem używać téj metody wyłącznie, t. j. od roku 1887, usiłowałem ją wykonać w 25 przypadkach, a zdołałem w 20, co tyle znaczy, że 80% przypadków wola są tego rodzaju, że da się w nich zastosować metoda wyłuszczenia.

Nie mogę przemilczeć jednak o jednéj okoliczności nie bez znaczenia, t. j., że w przeważnéj liczbie przypadków w ten sposób operowanych napotykamy dosyć poważne krwawienie już to podczas saméj operacyi, już też w pierwszéj dobie po niéj. Pierwszemu możemy skutecznie zapobiedz wspomnianem już powyżéj obciśnięciem wnęki za pomocą drenu, drugie zaś wymaga tamponady rany gazą jodoformową, którą po kilku dniach odejmujemy. Nigdy jednak niema krwotoku tak znacznego, żeby aż zagrażał życiu, gdyż jest on przeważnie miąższowym, a przyczyna jego tkwi najprawdopodobniéj w degeneracyi ścian naczyń krwionośnych, które w skutku tego stają się bardzo kruchemi.

W ostatnich czasach połączyłem wyłuszczanie z resekcyją t. z. że po ukończonem wyłuszczeniu nakładam w miejsce elastycznéj opaski Bosego kilka przewiązek jedwabnych i odcinam część warstwy gruczołowéj po nad niemi pozostałéj; tym sposobem chronię się od krwawienia następowego a pozostawiam jeszcze tyle warstwy gruczołowéj tworzącéj wnękę, że obawy niema, aby pojawiła się owa *cachexia thyreopriva*. Bardzo się ucieszyłem, gdy w 28-ym Nrze *Deut. med. Wochenschrift* przeczytałem referat z najnowszéj pracy Kochera, który tam taki sam sposób postępowania opisuje i jako normalny poleca.

ad f) Podwiązania tętnic tarczowych dokonałem w 4 przypadkach, a mianowicie w jednym wszystkich czterech, w dwóch tylko po jednéj stronie, a w jednym trzech t. j. obu górnych i jednéj dolnéj. W tym ostatnim przypadku miałem wprawdzie zamiar podwiązać i czwartą, lecz zaniechałem tego z powodu, że gdy właśnie do téj czynności się zabierałem, powstał w miejscu dopiero co podwiązanéj tętnicy tarczowéj górnéj tak silny krwotok, iż celem zatamowania go musiałem podwiązać tętnicę szyjną wspólną. Krwotok ten powstał albo skutkiem zsunięcia się przewiązki albo pęknięcia kruchego naczynia tuż obok przewiązki, czego jednak na pewno ocenić nie mogłem, gdyż nie udało mi się odszukać

końców tętnicy po przewiązaniu przeciętéj. W każdym razie powinno to być przestrogą, że w tych przypadkach powinno się raczéj tylko jednę zakładać przewiązkę i tętnicy nie przecinać. Jakkolwiek nie ulega wątpliwości, że po podwiązaniu wszystkich czterech tętnic tarczowych wól się nie tylko zmniejsza, ale czasem nawet zupełnie zanika, to ja jednakże na podstawie mego, acz skąpego, doświadczenia nie mogę tak bezwzględnie polecać tego postępowania, a to z następujących powodów:

1) Że zmuszeni jesteśmy zadać ran 2, a nawet 4, co znacznie przyczynia się do oszpecenia.

2) Że na skutki téj terapii czekać trzeba kilka miesięcy a nawet i dłużéj.

3) Że metoda ta należy do trudniejszych, gdyż pomimo najlepszéj wprawy częstokroć nie tak prędko udaje się odszukać jednę lub drugą tętnicę tarczową, a to z powodu zmienionych stosunków anatomicznych.

4) Że w razie zupełnego zaniku gruczołu tarczowego nie usuniętą jest obawa przed możliwością powstania kacheksyi.

Na podstawie powyższych doświadczeń pozwalam sobie wypowiedzieć zdanie, że wyłuszczenie zwyrodniałych guzów z pomiędzy warstwy gruczołu tarczowego prawidłowego uważać należy za postępowanie normalne, od którego odstąpić należy tylko w tych wyjątkowych przypadkach, gdzie natrafimy na jednostajny rozrost istoty gruczołowéj; w tych wskazaną jest resekcyja wóla. Wycięcie wóla zupełne i podwiązanie naczyń tarczowych użytem być powinno tylko w pewnych szczególniejszych przypadkach n. p. wóla złośliwego lub bardzo unaczynionego.

III. Z pracowni prosektoryjum szpit. powszechnego we Lwowie.

Przyczynki do kazuistyki „Porencephalii.“

Podał
Prof. Dr. Longin Feigel,
Prosektor szpitala powszechnego lwowskiego.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

Z udzielonéj mi życzliwie historyi choroby wynika, że chora przebywała w szpitalu od dn. 10 do 15 października; nie zauważano jednakże w całym tym czasie żadnego chorobowego przypadu ze strony władz umysłowych lub czynności ruchowych.

Trzeci okaz, którego rycinę załączam, wykazujący podobny do poprzedniego, lecz nieco rozleglejszy brak istoty mózgowéj, dochodzący również do otwartéj komórki mózgowéj, pochodzi ze zwłok 24-letniego Leiby C, zmarłego na oddziale I. chor. wewnętrznych Wgo JP. Dra Widmana z rozpoznaniem „Agonia.“

Obdukcyja zwłok, wykonana dnia 31-go stycznia 1885 r. wykazała: „*Porencephalia totius partis mediae convexitatis hemispherae majoris sinistrae, usque ad ventriculum lateralem sinistrum cerebri tendens. Assymetria cavi cranii (fossa cerebralis media sinistra in diam. sagittali 1 ctm. longior et longe profundior, quam dextra). Atrophia congenita insignis totius cordis; aorta angusta. Catarhus chronicus et dilatatio ventriculi. Atrophia simplex levioris gradus hepatis. lienis, renum. Tuberculosis chronica circumscripta apicis pulmonis utriusque; hyperaemia et oedema acutum pulmonum; hypostasis pulmonis dextri. Marasmus universalis.*“

Czaszka dość wielka. Włosy na głowie rzadkie, w znacznéj części wypadnięte. Odżywienie nędzne; tkanka podskórna sucha, pozbawiona tłuszczu. Źrenice jednostajnie zwężone. Lewa połowa twarzy widocznie drobniejsza, niż prawa, fałdy twarzowe jednakże dobrze zarysowane. Szyja cienka, długa; klatka piersiowa wąska, długa. Odnogi górne i dolne cienkie, suche; ręka prawa wybitnie mniejsza od ręki lewéj; palce u obu rąk ku dłoni skurczone, wiotkie. Lewa odnoga górna w łokciu wyprostowana; prawa zaś pod kątem prawie prostym w łokciu zgięta tak, iż pomimo braku stężenia pośmiertnego tylko bardzo mało odgiąć się daje; mięśnie obu odnóg górnych suche, cienkie, widocznie zanikłe, zwłaszcza po stronie prawéj. Kości czaszki dość grube, zbite. Sklepienie czaszki w części czołowéj z lewéj strony szersze, niż z prawéj strony, tak, że światło czaszki wynosi w części czołowéj z lewéj strony 53 ctm., z prawéj zaś tylko 48 ctm.; zresztą sklepienie czaszki dość symetryczne. Dopiero po wyjęciu mózgu spostrzegamy u podstawy czaszki różnicę w głębokości i w bocznych wymiarach jamy czaszkowéj średniéj. Jama skroniowa lewa jest bowiem wyraźnie głębszą i ma w wymiarze prostym 5 ctm., podczas gdy jama średnia z prawej strony jest tylko 4 ctm. długą; również i szerokość jamy téj po stronie lewéj jest o 1 ctm. większą, niż po stronie prawéj.

Opona mózgowa twarda jest napięta, prawidłowo gruba. Opony miękkie są na sklepieniu mózgu nieco zmętniałe i surowiczo zbrzęknięte. W środkowéj części wypukłości półkuli mózgowéj lewéj spostrzegamy rozległy brak istoty mózgowéj, a natomiast widzimy tu głęboką jamę, kształtu trójkątnego i w postaci głębokiego lejka ku środkowi mózgu drążącą, która pokrytą jest od strony powierzchni mózgu nieco zgrubiałą i w postaci przepony rozpiętą pajęczówką (*arachnoidea*), wypełnioną zaś jest czystym płynem surowiczym.

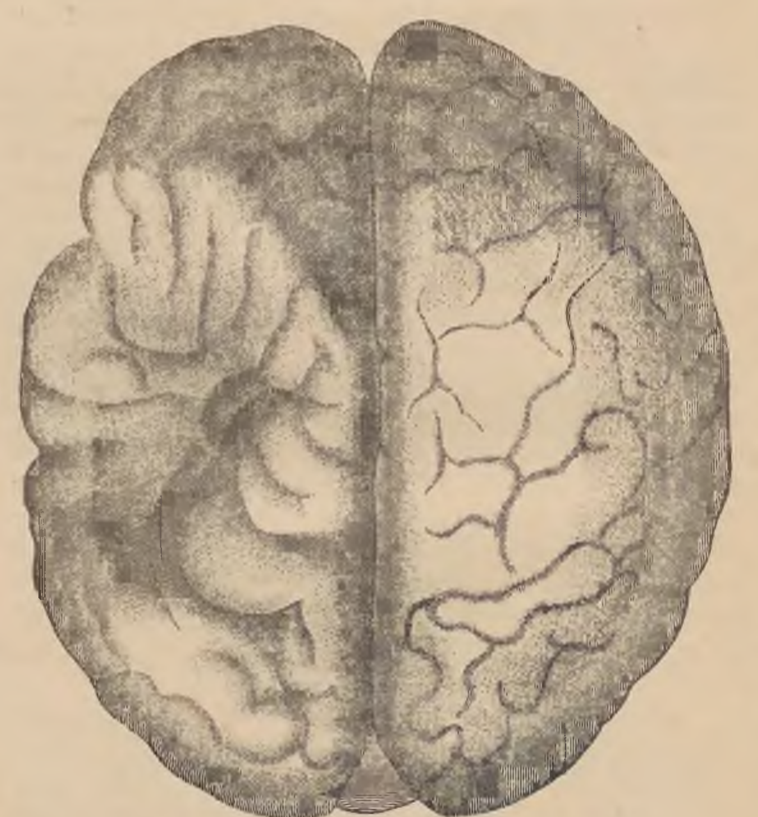


Fig. I.

Jama ta jest 7 ctm. długą, 6 ctm. szeroką i ograniczoną jest z przodu zwojem przedśrodkowym (*gyrus praecentralis*); od góry, w oddaleniu zaledwie 1 ctm. od szpary środkowéj, częścią zwoju środkowego tylnego (*gyrus centralis posterior*); od tyłu tymże zwojem i zwojem kątowym (*g. angularis*), od dołu zaś częścią zwoju skroniowego pierwszego

i drugiego (*g. temporalis primus et secundus*). Zwoje przedni i tylny środkowy (*g. centralis anterior et posterior*), nadbrzeżny (*g. marginalis*) i kątowy (*g. angularis*), jakoteż oba skroniowe (*g. temporales*) są ku jamie wygięte i w takową wciągnięte tak, iż stanowią boczne ściany trójkątnego, lejkowatego zagłębienia. Przytem uderza nas natychmiast okoliczność, iż podczas gdy kształt, kierunek przebiegu, rozłożenie i grubość zwojów mózgowych, jako też bruzd po stronie prawéj półkuli mózgowéj, a nawet i w części czołowéj i potylicznéj półkuli lewéj są zupełnie prawidłowe, a tylko na ostatniéj może zwoje nieco grubsze, to w najbliższem otoczeniu opisanéj jamy zwoje mózgowe zbiegają się gwiazdkowato, w kierunku dośrodkowym ku zagłębieniu jamy, na samym brzegu opisanéj jamy nagle się zginają i przebiegają daléj zbieżnie po bocznych ścianach lejka, ku dnie jego, pokryte w całym swoim przebiegu cieniutką błoną naczyniówką (*pia mater*). Przednia i zewnętrzna ściana jamy spadają przytem dość stromo, tylna i wewnętrzna ściana natomiast bardziéj pochyło ku głębi jamy. Koniec, czyli dno lejku utworzonego przez brak istoty mózgowéj jest trójkątnym, okazuje tylko słaby rysunek bruzd i zwojów mózgowych i wchodzi wreszcie otworem średnicy około 1 ctm. do przedniego rogu bocznéj lewéj komory mózgowéj, z którą otworem tym wyraźnie stoi w połączeniu (komunikuje). Dno jamy opisanéj wyściela poniżéj widocznych jeszcze zwojów mózgowych delikatna błonka, utkania pajęczynowatego, pomarszczona, wiotka, w któréj tu i owdzie widać ślady złożonego barwika cytrynowo lub pomarańczowo-żółtego. Brzegi otworu łączącego jamę ową z komorą mózgową są utworzone przez zgrubiałą wyściółkę komorową (*ependyma*), są zupełnie gładkie, równe, oraz bliznowato stwardniałe i zgrubiałe tak, iż tworzą wyraźną obrączkę zbitą, około 1 mm. szeroką; przez otwór ten widać wyraźnie leżący w komorze mózgowéj splot naczyniowy. Sama komora lewa jest, o ile to dostrzedz można bez znaczniejszego uszkodzenia mózgu, miernie rozszerzoną, nieco szerszą, niż komora prawa; zwoje środkowe, t. j. ciała prążkowane i guzy wzrokowe są po obu stronach dość małe, nikłe, pokryte zgrubiałą wyściółką komorową. Most Varola jest również mały, zbity; rdzeń przedłużony i móżdżek wejrzenia prawidłowego, chociaż utkanie ich jest wyraźnie zbitsze, łykowate.

Z wywiadów zasięgniętych od znajomych zmarłego dowiedzieliśmy się, że takowy był żebrakiem, od urodzenia idyjotą, mowę miał mieć bardzo niewyraźną, a skurczenie odnogi górnéj prawéj w łokciu i skurczenie rąk miało u niego istnieć od urodzenia. (C. d. n.)

IV. Z pracowni własnéj.

Przyczynek do znajomości zachowania się prątków durowych w wodzie,

podał

Dr. Justyn Karliński,

lekarz powiatowy w Stolacu w Hercegowinie.

(Dok. Patrz Nr. 1).

Badanie drobnowidowe hodowli płytkowych połączone z przeszczepieniem znalezionych kolonij pouczyło mnie, że podczas gdy w próbkach zaczerpniętych w godzinę po dodaniu kału prątki durowe w 16 kolonijach w 1 ctm.³ znachodziły się, w 24-ech godzin zaledwie w 7-miu kolonijach w takiéjże ilości wody reprezentowane były, odtąd zaś znikły zupełnie. W 5-tym i 6-tym dniu badaniu pojawiły się wprawdzie na płytkach kolonije wielce typowe kolonije prątku durowego przypominające, przeszczepione jednak na rozmaite podłoża, osobliwie na podłoża ziemniaczane rosły w całkiem odmienny, z wzrostem prątków durowych nic wspólnego nie mający sposób. W czwartem doświadczeniu wlałem do cysterny poprzednio wypompowanéj i wysuszonéj 5-ciu he ktolitrów wody rzecznéj następującego składu.

W 1 litrze wody znachodziło się:

Części stałych	Chloru	Kwasu azotowego	Kwasu azotawego	Amoniaku	Ilość spotrzebowanego tlenu do utlenienia połączeń organicznych	Ilość kolonij w 1 ctm.³
536	30	51	ślady	—	24	2100

Następnie dodawałem codziennie po zaczerpnięciu próbek potrzebnych do badania chemicznego i bakteryjologicznego 300 ctm.³ kału durowego, pochodzącego od 2 pacyjentów w II. i III-cim tygodniu choroby, kału, w którym prątki durowe w znacznéj znachodziły się ilości. Powtarzałem to przez dni 10 przedłużając doświadczenie do dni 15-tu, usiłując przez to zbliżyć się do stosunków niekiedy w przyrodzie możliwych, gdzie woda do picia przeznaczona stałemu zanieczyszczeniu kałem durowym podlegaćby mogła.

Załączona tablica przedstawia wynik badania chemicznego i bakteryjologicznego w ten sposób przez dni 10 stale zanieczyszczonéj wody, a wyniki te tem są ciekawsze, że wskazują stopniowe samo-oczyszczanie się wody do pewnego stopnia uwydatniające się tak w składzie chemicznym jak i w ilości grzybków wodę zamieszkujących. Przez codzienne dokładne mięszanie wody i mącenie osadu na dnie i ścianach znachodzącego się, starałem się uniknąć ważnego błędu przy badaniu bakteryjologicznem, a mianowicie przeoczenia grzybków, które wraz z częściami stałemi na dno cysterny opadły.

W 1 litrze wody znachodziło się w miligramach:

Czas	Części stałych	Chloru	Kwasu azotowego	Kwasu azotawego	Amoniaku	Ilość tlenu spotrzebowanego do utlenienia połączeń organicznych	Ilość kolonij w ogóle w 1 ctm.³	Prątek durowy
I	550	26	54	wybitne ślady	wybitne ślady	24	40000	+
II	558	28	54			27	66000	+
III	570	31	54			27	90000	+
IV	580	31	56			27	∞	+) [1])
V	580	31	70			27	∞	+)
VI	—	39	70			31	100000	+
VII	700	32	66			—	100600	+
VIII	710	32	66			—	—	+
IX	710	36	60			28	—	0
X	650	—	60			30	100000	0
XI	650	—	—			30	60000	0
XII	—	34	—	ślady	ślady	26	44000	0
XIII	—	33	60		ślady	26	30000	0
XIV	620	30	60		—	25	28000	0
XV	590	28	55		—	26	22000	0

Codziennie przez dni 10 dodawane prątki durowe wraz z kałem dały się w pierwszych dniach 8 miu na hodowlach płytkowych wykazać, od dziewiątego dnia począwszy, mimo, że jeszcze przez dni 2 dolewane były ginęły już doszczętnie z przyczyny szybkiego obumierania szukać muszę w znacznéj ilosci grzybków z grupy Proteus (Hauser), które od VII dnia począwszy w wielkiéj podejmuję wystąpować liczbie, podczas gdy w pierwszych dniach badania sporadycznie tylko występowały. Czwartego i piątego dnia badania z powodu znacznéj liczby grzybkowych kolonij, zliczenie kolonij w ogóle i dłuższe zachowanie hodowli nie możliwe, uwzględniając jednak tę okoliczność, że w trzecim i szóstym dniu prątek durowy na płytkach reprezentowanym był, nie wahałem się zaznaczyć obecność jego w odnośnéj tablicy. Podobnie jak to w poprzednich doświadczeniach czyniłem i tym razem mięszałem wodę dokładnie przed zaczerpnięciem próbek, a w 175 dniu od rozpoczęcia doświadczenia wypompowałem wodę celem badania bakteryologicznego osadu.

[1]) Znaczkiem ∞ oznaczam, że w odpowiednim dniu badania ilość kolonij na hodowlach była nieskończenie wielką, a przez to zliczeniu niedostępną, znaczkiem —, że badania, respective zliczenia kolonij nie przedsiębrano, znaczkiem O brak odpowiedniego składnika lub prątka durowego, znaczkiem + lub +) obecność prątka durowego.

W tym celu 5 ctm. ³ osadu zmięszałem dokładnie z 100 ctm. ³ przekroplonéj i zjałowionéj wody, a po upływie godziny, kiedy osad napowrót na dno kołbki opadł, zaczerpnąłem najpierw próbki celem badania drogą hodowli płytkowych, następnie zlawszy ostrożnie wodę dodałem znowu takąż ilość wody przekroplonéj i jałowéj a powtarzając toż samo następnie jeszcze 6 razy, uskuteczniając każdym razem 6—10 hodowli płytkowych starałem się uniknąć możliwego przeoczenia znachodzących się w osadzie prątków durowych. Ostatecznie z tak „wymytym“ osadem przedsięwziąłem jeszcze hodowle płytkowe, a jako wynik otrzymałem, że na 128 hodowlach płytkowych w wyż opisany uskutecznionych sposób a n i j e d n é j kolonii prątka durowego nie było.

Do piątego doświadczenia, po dokładnem oczyszczeniu zbiornika, wziąłem 3 hektolitry wody z jedynéj w Stolacu znachodzącéj się studni, wody, która stosunkowo ubogą była w grzybki a pod względem swego składu nic do życzenia nie zostawiała, a mianowicie:

W 1 litrze wody znachodziło się w miligramach:

Części stałych	Chloru	Kwasu azotowego	Kwasu azotawego	Amoniaku	Ilość spotrzebowanego tlenu do utlenienia połączeń organicznych	Ilość kolonij w 1 ctm. ³
300	4	20	—	—	6	136

Następnie co 4-ty dzień dodawałem po 150 ctm. ³ kału durowego, powtarzając to 4 razy i przedłużając codzienne badanie wody do dni 20-tu. Rozchodziło mi się bowiem o przerywane zakażenie wody do picia przeznaczonéj wydzielinami durowemi oraz o stwierdzenie, czy przy takiem postępowaniu prątek durowy przypadkiem dłużéj, niż to dotychczas obserwowałem, żywotność swą zachowuje.

Załączona tablica przedstawia zachowanie się składu chemicznego i ilości drobnoustrojów podczas 20-dniowego doświadczenia, przyczem nadmienić muszę, że dodawanie kału durowego w I, IV, VIII i XII-tym dniu miało miejsce.

W 1 litrze wody znachodziło się w miligramach:

Dzień	Części stałych	Chloru	Kwasu azotowego	Kwasu azotawego	Amoniaku	Ilość spotrzebowanego tlenu do utlenienia połączeń organicznych	Ilość kolonij w ogóle 1 ctm. ³	Prątek durowy
I	325	8	26			9.6	19000	+
II	330	11	27			10·0	27000	+
III	325	10	25	ślad	ślad	10·	[illegible]0900	+
IV	450	14	29			14·6	45000	+
V	520	20	31			15·0	45000	+
VI	500	20	30			15·0	45000	+
VII	500	18	30			15·0	42000	+
VIII	550	24	36		ślad	28·0	71000	+
IX	550	29	41	ślad		30·0	70000	+
X	660	28	40			30·0	70000	+
XI	560	29	40			30·0	70000	+
XII	600	32	42			36·0	90000	+
XIII	610	40	42		ślad	36·0	100000	—
XIV	620	31	42	ślad		36·0	100000	—
XV	—	30	40			32·0	90000	—
XVI	—	26	40		—	32·0	76000	—
XVII	—	24	39	—	—	32·0	72000	—
XVIII	540	20	36	—	—	29·0	51000	—
XIX	520	17	34	—	—	26·3	50000	—
XX	475	17	30	—	—	24·2	39000	—

Ciepłota wody podczas całego trwania doświadczenia wynosiła średnio 11·0°C., była zatem nieco niższą od ciepłoty podczas 4-ech pierwszych doświadczeń. Próbki w dniach, w których dodanie kału miało miejsce, czerpałem w godzinę po uskutecznieniu tegoż, mięszając każdym razem dokładnie wodę w cysternie znachodzącą się.

Prątki durowe wprowadzone z kałem do wody zachowały żywotność swoją przez pierwszych dni 12-cie, z chwilą jednak kiedy wprowadzone wraz z niemi grzybki gnilne kału rozmnażając się w wielkiéj ilości wystąpiły, ustaje żywotność tychże tak, że już 13-go dnia doświadczenia, a więc w 24 godzin po ostatniem dodaniu kału durowego na hodowlach płytkowych wykazanemi być nie mogły. Podczas gdy w 24 godzin po pierwszem dodaniu kału ilość prątków durowych w 1 ctm. ³ wody 26 wynosiła, zmalała ona w 48 godzin do 16-tu, w 72 godzin do 6-ciu, aby z nowym dodatkiem kału w IV-tym dniu doświadczenia wzróść do 22. W V-tym dniu doświadczenia wynosiła ilość znalezionych prątków durowych 20 w 1 ctm. ³, w VI-tym = 12, w VII-ym = 7, w VIII-ym = 17, w IX-ym = 11, w X-ym = 5, w XI-ym = 5, w XII-ym = 9.

W doświadczeniach swoich starałem się ile możności zbliżyć się do stosunków w przyrodzie zachodzących, aby w ten sposób przekonać się, czy w tylokrotnie jako źródło zakażenia obwinianéj wodzie prątki durowe z kału durowego żyć i rozwijać się mogą. Jeżeli, jak to z poprzednich i obecnych moich doświadczeń wynika, żywotność prątków tych w wodzie nader jest krótkotrwałą, jeżeli też w wodzie w grzybki gnilne bogatéj, a taką każda woda dopływami kanałowemi zanieczyszczona koniecznie być musi, zaledwie 4 × 24 godzin, ciągle liczebnie malejąc, żyć mogą, nie przesadzonym wyda mi się wniosek, że owe podania o znachodzeniu prątków durowych w znacznym nawet odstępie czasu po wybuchu epidemii uprzedzeniu i niedokładności badania przypisać należy. Niestety nie znamy jeszcze minimalnéj ilości prątków durowych, które do ustroju ludzkiego drogą przewodu pokarmowego wprowadzone chorobę wywołać są w stanie; w obec wątpliwych wyników doświadczeń na zwierzętach wykonywanych nawet wątpić nam o rozstrzygnięciu kwestyi téj wypada, dla tego też mimo znalezienia faktu rychłego obumierania prątków tych w wodzie do picia przeznaczonéj, nie możemy jeszcze wypowiadać ostatecznego słowa o kwestyi zaraźliwości wody kałem durowym zanieczyszczonéj. Jeżeli małe ilości prątków tych już do zakażenia wystarczają, i użycie wody w krótkim czasie po zanieczyszczeniu miało miejsce, wtedy teoryja szukająca w wodzie źródła zakażenia jakie takie prawdopodobieństwo ze sobą mieć może, aby jednak jednorazowe zanieczyszczenie wody odchodami durowemi nawet na znaczne przestrzenie (n. p. wzdłuż biegu rzek) zakażająco miało wpływać, na to wyniki poszukiwań nad zachowaniem się prątków durowych w wodzie żadnego dowodu nie przedstawiają.

V. Oceny i sprawozdania.

Choroby wewnętrzne.

W a l k e r: (Londyn): **Trzustka i stolce kredowate.**

W. podaje ciekawe uwagi o związku bezbarwnych lub gliniasto-żółtych stolców bez żółtaczki z chorobami trzustki i donosi o dwóch przypadkach, w których przez całe życie stolce były bezbarwne. Rozpoznanie W. brzmiało: zamknięcie przewodu trzustkowego bez niedrożności przewodu wątrobowego a oględziny pośmiertne stwierdziły powyższe rozpoznanie. Opierając się na tych przypadkach jakotęż na innych doświadczalnych i klinicznych spostrzeżeniach, czyni W. następujące wnioski: 1) Bezbarwne lub gliniasto żółte stolce nie zawsze są wyrazem choroby wątroby lub utrudnienia w odpływie żółci. 2) Wytwarzanie się hydrobilirubinu, istoty zabarwiającéj stolce, zależy od wzajemnego oddziaływania soku trzustkowego i żółci, odbywającego się w jelicie. 3) W chorobach sprowadza brak wydzieliny trzustkowéj i żółci stolce bezbarwne. 4) Jeżeli część zmienionych barwików żółciowych jako hydrobilirubina występuje na jaw w zabarwionym kale, podczas gdy niezmieniona bilirubina, bilifuscyna i biliwerdyna ulega wessaniu, to hydrobilirubina może powstać tylko przy pomocy soku trzustkowego i dla tego posiada trzustka o tyle ważne regulujące działanie w zużytkowaniu żółci, o ile jéj wydzielina oznaczyć może, wiele żółci zostaje z kałem wydzielone a wiele ulega wessaniu w przewodzie pokarmowym. Z tém zapatrywaniem zgadzają się także doświadczenia Klaudyusza Bernarda i kliniczne spostrzeżenia, że niektóre leki sprowadzają obfite stolce żółciowe, leki, które bezwarunkowo na wydzielanie żółci nie wpływają. W ten sposób tłómaczą się owe dotąd zagadkowe przypadki, w których bez możności wykazania na pewno

utrudnienia w wydzielaniu żółci lub utrudnionego odpływu tejże utrzymują się bezbarwne, gliniaste stolce. (*W. m. Bl.* 1889, Nr. 29).

O. Stirl (Wrocław): **Przyczynek do nauki o zakaźnem, gorączkowem, z żółtaczką powikłanem zapaleniu żołądka i jelit (choroba Weila).**

Od czasu ogłoszenia przez Weila szczególnéj, ostréj choroby zakaźnéj, łączącéj się z obrzękiem śledziony, żółtaczką, zapaleniem nerek, znamy wiele podobnych spostrzeżeń, które jednak istoty choroby nie wyjaśniły. O przyrodzie téj choroby zakaźnéj istnieje wielka rozmaitość zapatrywań. Podczas gdy Weil pozostawia nierozstrzygniętém, czy to jest choroba *sui generis* lub czy należy ją zaliczyć do znanych chorób zakaźnych, to inni przechylają się stanowczo do pierwszego lub drugiego zapatrywania a nawet niektórzy odmawiają chorobie Weila wszelkiéj anatomicznéj, etyjologicznéj i symptomatologicznéj jedności. Podobna niezgodność panuje co do objawów. Pewnemi są żółtaczka gorączkowa, zboczenia żołądkowe i mózgowe. Przebieg gorączki cechuje się nagłém podwyższeniem a ustępowaniem *per lysim*. Różne jest także zapatrywanie co do udziału śledziony i nerek: jedni twierdzą, że obrzęk śledziony i zapalenie nerek występują z samego początku, czemu się inni sprzeciwiają. Wielką wagę kładą na ból w łydkach, który uważają za patognomiczny. Celem wyjaśnienia tych wątpliwości opisuje S. przypadek z kliniki prof. Rosenbacha 35-cio letni robotnik w kanałach wpadł, odurzony unoszącemi się gazami kloacznemi, do kału, którego połknął znaczną ilość. Okazywał powiększenie wątroby i śledziony, żółtaczkę, w moczu białko a pod drobnowidem wałeczki i czerwone i białe ciałka krwi; ból i zawrót głowy, majaczenie, wymioty i biegunka, kurcze i bolesność łydek. Chory wyzdrowiał. Zakażenie nastąpiło z przewodu pokarmowego, co potwierdza zapatrywanie, że drogą zakażenia jest żołądek i jelito. Co do przyrody nośników zakażenia, nie znalazł ani prącików około waleczków, ani podanych przez Brodowskiego i Dunina mikrokoków. W tym przypadku uważa S. wprowadzenie ptomainów lub innych w posoce zawartych trucizn za wystarczające, aby choroba wybuchła. Droga zakażenia tłómaczy najbardziéj uderzający objaw choroby, żółtaczkę. Dwa czynniki wywołują według Stadelmanna w pewnych otruciach żółtaczkę: 1) wydziela się bardzo gęsta żółć, która dla tego odpływać nie może; 2) komórki wątrobowe przedstawiają objawy zwyrodnienia ćmawego i uciskają włosowate naczynia żółciowe, sprawiając przez to powiększone wessanie i rzeczywiście wykazano w téj chorobie zwyrodnienie tłuszczowe miąższu wątrobowego. Według S. nie jest choroba Weila chorobą *sui generis*, lecz wynikiem zakażenia przez przewód pokarmowy, a jedynym cechującym objawem jest ostra żółtaczka z gorączką; wszystkie zaś inne objawy są tylko następstwem zakażenia ogólnego. (*D. m. W.* 1889, Nr. 39).

Marfan: **O rzekomym gośccu zakaźnym** *Pseudo-rheumatismus infectiosus.*

W rozprawie o chorobach stawów, które występują w przebiegu rozmaitych chorób zakaźnych, a które należy wprowadzić w związek jużto z patogenicznym pierwiastkiem odnośnéj choroby, już też z zakażeniem mięszanem, najczęściéj przyrody ropnicowéj, zajmuje się M. dłużéj dwiema chorobami, mianowicie rzekomym gośccem w wtórorzędnéj kile i rzeżączkowem zapaleniem stawów. Pierwszéj rozróżnia M. według Fourniera następujące postacie: 1) Artralgije bez zmian anatomicznych wyraźnie wykazalnych. 2) Podostre zapalenia stawów. 3) *Hydrarthros. Arthritis gonorrhoica* M. przypuszcza, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy rzeżączką a zapaleniem stawów; wyjaśnia obydwie możliwości, które przy istniejącéj rzeżączce cewki moczowéj prowadzić mogą do zajęcia stawów: przeniesienie gonokoków za pośrednictwem dróg krwionośnych na odległe miejsca i możliwe przyłączenie się zakażenia mięszanego. M. rozróżnia 4 postacie, z których każda może częściowo przejść w drugą: 1) *Arthralgia blenorrhoica* z bólami w rozmaitych stawach, bez wyraźnéj anatomicznéj podstawy. 2) *Hydrarthros blenorrhoicus* (*Gonocele*) występuje najczęściéj w jednym stawie, nagle albo powoli, z silnem obrzmieniem, ale bez znaczniejszych bólów, ze skłonnością do przebiegu przewlekłego i nawrotów. 3) *Polyarthritis blenorrhoica subacuta*, w któréj mniéj stawów bywa zajętych, niż w ostrym gośccu stawowym; po pewnym czasie choroba ogranicza się najczęściéj do jednego lub dwóch stawów; w téj postaci spotykamy także inne umiejscowienie choroby (w torebkach śluzowych, pochewkach ścięgnistych, surowicze zapalenie tęczówki). Zejściem choroby może być wyleczenie, przewlekły ból stawu lub *Hydrarthros*, unieruchomienie stawu (ankylosis) z następowym zanikiem mięśni. 4) *Mono-arthritis plastica ankylotica.* W końcu podnosi M. skłonność niektórych chorych do ulegania w każdéj rzeżączce gośccowi rzeżączkowemu. Co do leczenia, miał M. za pomocą salicylanu sodowego osiągać niekiedy dobre wyniki (*Gaz. des hôpit.*, 1888, Nr. 21).

Dr. Baschkopf.

Dr. W. Kernig. **Przyczynek do wypuku żołądka.**

W przypadkach rozstrzeni żołądka, jeżeli opukuje się chorego w położeniu grzbietowém, to napotykamy w okolicy dolnéj i bocznéj lewéj strony klatki piersiowéj przestrzeń stłumioną, od tyłu liniją pachową środkową lub tylną, od góry 5 lub 6 żebrem, od dołu zaś samym łukiem żebrowym, ograniczoną. Stłumienie to znika, jeżeli chorego położymy na stronę prawą lub jeżeli mu usiąść każemy. W postawie stojącej chorego znajdziemy teraz, więcéj ku stronie lewéj rozprzestrzeniające się stłumienie przedniej ściany brzucha a zawartością rozszerzonego żołądka wywołana. Także i żołądek zdrowy, jeżeli tylko nie małą ilością cieczy jest wypełniony, podobne stłumienie wypuku objawia. Stłumienie to w miarę zmiany położenia, jakoteż w miarę odległości czasu od ostatniego jedzenia zmienia swój kształt i siłę. Często przedstawia się w postaci mniej lub więcéj szerokiego pasa z góry ku dołowi w lewéj dolno bocznéj części klatki piersiowéj się ciągnącego. W obec silnéj rozstrzeni żołądka pas ten przekracza brzeg żebrowy i dalej na bocznéj ścianie brzucha się ciągnie. Stwierdzić także można, iż górna granica owego stłumienia równocześnie z ruchami oddechowemi się porusza. Jeżeli badany z grzbietowego położenia przejdzie w położenie brzuszne-prawe, stłumienie to albo zupełnie znika albo też pozostaje niezmienione. Zmiana ta waha się bardzo często między temi dwiema ostatecznościami, według tego czy mamy z większą lub mniejszą rozstrzenią do czynienia i czy większą lub mniejszą ilość cieczy żołądek zawiera. U ludzi zdrowych na żołądek zmiana położenia z lewego na prawy bok nie zmienia stłumienia, wobec zaś rozdętych żołądków stłumienie to zupełnie znika. W postawie stojącej stłumienie to zachowuje się w trojaki sposób: a) u zdrowych nie znika ono, tylko górna jego granica nieco się obniża, b) przy miernej rozstrzeni zstępuje ono całkowicie ku dołowi i zajmuje górno-przednią lewą część brzucha, łącząc się często z stłumieniem wątroby, c) wobec silnej rozstrzeni znika ono zupełnie z powierzchni klatki piersiowéj a za to daje się wybadać jako przestrzeń półksiężycowa na lewéj stronie brzucha w wysokości pępka.

Autor perkutował na palcu i tylko granicę bezwzględnego stłumienia ołówkiem oznaczał. Na różnicę pomiędzy bębenkowym a stłumiono-bębenkowym wypukiem w celu ujścia omyłek niezważał. Spostrzeżenia te znacznie przyczyniają się do łatwiejszego rozpoznania rozstrzeni żołądka, przytem ochraniają chorego od dręczenia go w celach rozpoznawczych sondami lub pompami żołądkowemi, a połączone z metodą badawczą Dehio Taubego (oznaczanie dolnego brzegu żołądka po wypiciu odpowiedniéj ilości wody) rozpoznanie czynią łatwem i nieomylnem. (*St. Petersb. med. Wschft.* 1889. Nr. 49.) *Dr. Mendelsburg*

Choroby nerwowe.

Prof. A. Strümpell (Erlanga): **O stosunku uwiądu rdzenia pacierzowego i porażenia postępującego do kiły.**

Że uwiąd i niedołęstwo porażenne pozostawać muszą w pewnym związku z kiłą, jest przypuszczeniem prawie wszystkich neuropatologów, utrzymują się tylko błędne zapatrywania o rodzaju tego związku. Wiadomo, że po ostrych chorobach zakaźnych występować mogą t. z. choroby nerwowe następowe (jak w błonicy, durze brzusznym, czer-

wonce i innych). Te choroby tem się cechują, że w jakiś czas po ukończeniu się pierwotnéj choroby występują zmiany zwyrodnienia najczęściéj w nerwach obwodowych, których kliniczne objawy następowe stosownie do przyrody zwyrodniałych włókien nerwowych jako porażenia, niezborność itd. występują. W wszystkich przypadkach jest sprawa anatomiczna jedna i ta sama, mianowicie zwykłe zwyrodnienie zanikowe włókien nerwowych, nie mające najmniejszego podobieństwa z swoistemi zmianami tkanek, wywołanemi przez pierwotne bodźce chorobowe. I tak wywolują prątki błonicowe w gardle, nosie, krtani, tchawicy i t. d. swoiste błonicowe zapalenie, a prątki durowe cechujące zmiany w jelitach. Zmian tych jednak nie przedstawiają zwyrodniałe nerwy obwodowe, będące przyczyną porażeń pobłonicowych lub podurowych. Natomiast szukać należy przyczyny tego zwyrodnienia nerwów w chemicznych wytworach chorobowych, które powstają dopiero pod wpływem zakażenia i jego następstw. Co wolno przypuszczać o ostrych chorobach zakaźnych, może także mieć znaczenie dla przewlekłych chorób zakaźnych. I tak napotkano często w gruźlicy rozległe zwyrodnienia nerwów obwodowych, lecz nigdy nie spostrzeżono tu prątków gruźliczych ani gruzełków. Natomiast przypuścić musimy truciznę chemiczną, która, jak ołów, wyskok i inne, sprowadzają zwyrodnienie nerwów. Podobnie ma się rzecz z kiłą; i tu musimy odróżnić bezpośrednie działanie prątków od następowych spraw zwyrodnienia, polegających na działaniu chemicznem trucizny. Pierwsze występuje w swoistem wytwarzaniu się kilaków, a do ostatniego zaliczamy choroby nerwowe pokiłowe, których najczęstszą postacią jest uwiąd i porażenie postępujące. Obie te choroby są tylko rozmaitem usadowieniem się téj saméj sprawy chorobowéj. Ich częste występowanie równocześnie lub po sobie nie jest kombinacyją dwóch różnorodnych chorób, lecz całkowitem rozwinięciem się działania jednéj groźnéj sprawy. (*D. m. W.* 1889, Nr. 41).

† Dr. Bidou rozpatrując kwestyję dodatnich i ujemnych następstw hypnotyzmu rozróżnia 2 rodzaje tegoż: 1. teatralny i 2. leczniczy. Pierwszy działa szkodliwie nie tylko na osoby usypiane, lecz i na większość publiczności, a autor dziwi się, dlaczego dotychczas nie wzbroniono jeszcze we Francyi tego rodzaju przedstawień publicznych. Co zaś do drugiego rodzaju, to autor okazuje się stanowczym jego zwolennikiem. Z pośród rozmaitych przezeń przytoczonych przypadków ciekawym jest następujący:

27-letnia dziewczyna, cierpiąca na rozmaite przypady macicznicze, znajduje się w obserwacyi autora przez przeciąg 7-iu miesięcy i w tym czasie była hypnotyzowaną 120 razy, a w ciągu roku poprzedzającego 250 razy. Pomimo tego nie tylko nie zwiększyła się skłonność do zasypiania, ale nawet odwrotnie zmniejszyła się. Stan ogólny jej tak fizyczny jak i duchowy znacznie się polepszył, napady powtarzają się obecnie rzadziéj, chociaż warunki życia choréj w tym czasie wcale się nie zmieniły. (*Marseille med.* 1889).

Choroby dzieci.

Zechmeister. **O bąblicy nowonarodzonych.**

Zeszłego roku robił Z. sekcyję 14-stodniowego dziecięcia, zmarłego wskutek *Pemphigus acutus*. Dwa miesiące późniéj rozeszła się wieść, że wiele nowonarodzonych dzieci z klienteli pewnéj akuszerki zachorowało na chorobę pęcherzami się objawiającą. Klatka piersiowa, brzuch i szyja, zarówno jak jama ustna była obsypana pęcherzami. Choroba nagabywała od czasu do czasu i większe dzieci, jakoteż dorosłych. Po 5-ciu miesiącach epidemija wygasła. Pomiędzy 76 porodów z klienteli téj jednéj akuszerki zachorowało 28 dzieci, z których 6 umarło. Przebieg choroby był ostry. Dzieci zapadały w drugim tygodniu po urodzeniu się. Lżejsze przypadki przebiegały bez ubocznych objawów, ciężkie zaś z wysoką gorączką a śmierć następowała 5 do 10-go dnia z wycieńczenia. Leczenie polegało na otwarciu poszczególnych pęcherzy, posypywaniu jodoformem i pokrywaniu chorych części watą salicylową. (*Münch. med. Wochenschr.*).

Dr. Baschkopf.

Chirurgija.

K. Sapieżko (w Kijowie). **Przyczynek do chorób jam czołowych.**

Opisawszy 3 pouczające przypadki cierpienia jam czołowych u dorosłych (*empyema et ectasia sin. frontalis*), wyleczonych po przebiciu drutem otworu w przedniéj ścianie rozszerzonéj jamy. autor streszcza tak wyniki swych obserwacyj:

1) W chorobie téj zwykle widzimy gałki oczne wyparte ku zewnątrz i ku dołowi (u młodszych), lub ku dołowi i w części ku zewnątrz (u dorosłych), przy całkowicie zachowanéj ich ruchomości.

2) Z nozdrzy peryjodycznie wydziela się obfity płyn śluzowaty.

3) Chorzy uskarżają się na ból w okolicy czołowéj i przy nasadzie nosa, zawroty głowy i smętne usposobienie, a to w skutek rozciągnięnia jamy zebranym w niéj płynem.

4) Fistuła w okolicy wewnętrznéj lub dolnéj części brzegu oczodołowego, z wydzieliną śluzo-ropną wskazuje zebranie się ropy w jamie czołowéj.

5) Pulsacyja wydzieliny śluzo-ropnéj fistuły wskazuje, iż takowa prowadzi do jamy, w któréj ścianach istnieje mnóstwo naczyń. W jednym przypadku autora tak silną była pulsacyja ropy i wstrzykiwanego do jamy płynu, iż myślano, że jama czołowa kommunikuje z mózgiem; wprowadzony do niéj palec przekonał atoli, iż łączności żadnéj nie było. „(*Wiestnik oftałmołogii*" *Zeszyt Grudniowy 1889*).

Dr. J. Talko.

A. Bum. **O obecnem naukowem stanowisku mechanoterapii.**

Do téj chwili niewielka liczba skutków mechanoterapii, któréj głównym przedstawicielem jest mięsienie (massage), była ocenioną ze stanowiska ściśléj krytyki naukowéj. B. stara się wyjaśnić na podstawie fizyjologicznéj działanie mięsienia oraz zastosowanie lecznicze tegoż, przyznaje jednak, że w pojedyńczych postaciach chorobowych nie możemy sobie jasno wytłomaczyć działania tego zabiegu.

W kilku zdaniach przedstawia autor działanie mechanicznego leczenia, głównie zaś mięsienia.

I. Leczenie mechaniczne wpływa dodatnio na krążenie limfy.

Lassar i Mosengeil przy pomocy doświadczeń na zwierzętach wykazali, że 1) krążenie limfy znacznie jest szybszem przy zastosowaniu ruchów licznych i systematycznego nacierania aniżeli w spokoju, daléj że 2) zapalne produkty i obce pierwiastki, które się gromadzą na pewnych miejscach ciała, dają się za pomocą dośrodkowego nacierania na pewne i szybko sprowadzić na drogi limfatyczne dośrodkowe. Wobec tego leczenie mechaniczne znajduje zawsze swe wskazanie tam, gdzie chodzi o przyspieszenie krążenia limfy. Mięsienie może być ogólne lub miejscowe. Ogólne mięsienie wpływa na szybszą wymianę materyi a wskazanem jest u osób niedokrewnych, otyłych, bez zasobu energii życiowéj. Mięsienie miejscowe sprawia szybkie wchłonienie wybroczyn krwawych jakoteż przesączyn wszelkiego rodzaju. Jasnem jest jego wskazanie w zapaleniach torebki ścięgnistéj, okostnéj, pozamacicznem, stawu kolanowego i t. p. Wśród dny za pomocą mięsienia wpływamy na przyspieszenie krążenia limfy a tem samem utrudniamy zastój (Garrod i Epstein) obojętnych soli kwasu moczowego w pewnych okolicach ciała. Za pomocą mięsienia szyi i nacierania żył szyjnych ułatwiamy odpływ krwi z górnych części ciała, przezco wpływamy korzystnie na przebieg nieżytów nosa krtani i gardziela.

II. *Massage* mięśni ma równorzędne znaczenie z całkowitem tu przepłukiwaniem mięśni (*Perfusion*) i bierną gimnastyką.

Zabłudowski i Kronecker wykazali doświadczalnie, że zmęczony mięsień łatwiéj staje się znów zdolnym i znacznie prędzéj wraca do stanu pierwotnego, gdy go poddamy systematycznemu nacieraniu, gnieceniu i działaniu biernéj gimnastyki, aniżeli gdy go pozostawimy w spokoju. Pojaw ten tłomaczy Bum w ten sposób, że za pomocą mięsienia przeprowadzamy w szybszym czasie do ogólnego krążenia pierwiastki nagromadzone w zmęczonym mięśniu,

„pierwiastki zmęczenia“ fizyjologów (wolny i z kwaśnemi solami połączony kwas fosforowy i węglowy). Miesienie więc działa tu podobnie jak przepłukanie naczyń mięśnia za pomocą obojętnego jakiegoś płynu (sól kuchenna lub słaby roztwór węglanu sody), przyczem według Landoisa te „pierwiastki zmęczenia“ zostają spłukane i mięsień staje się znów zdolnym do pracy. Mięśnie zmęczone przychodzą prędzéj do siebie wśród miesienia także dla tego, że krążenie żylne się przyspiesza a przez podniecenie krążenia tętniczego dostaje się do mięśnia większa ilość tlenu. Wiadomo, iż opukując mięsień poprzecznie do jego włókien (*Tapottement*) wprawiamy go w drganie i skurcze, przez odpowiedni więc zabieg mechaniczny zmuszamy niejako mięsień do pracy, miesieniem więc możemy częściowo zastąpić bierną gimnastykę i zapobiedz zanikowi mięśnia z powodu unieruchomienia tegoż lub w skutek innych przyczyn mięsień osłabiających. W nerwicach czynnościowych tudzież w pląsawicy pobudza masowanie mięśnie i przez to czyni możebnem opanowanie drgań mięśniowych. W nerwicach nieuleczonych wzmacnia mięśnie, które są zaopatrywane przez zdrowe nerwy i ułatwia tym sposobem zastąpienie mięśni nieczynnych. Szczególnie dobre wyniki daje miesienie mięśni przy tak zwanych skurczach zawodowych pisarzy, muzykantów, tancerek, które Rajbmayer odnosi do chronicznego zapalenia (*Myositis*). Jeżeli na to wszystko zważymy, to łatwo zrozumieć dobre wyniki, jakie massowanie daje przy gośćcu mięśniowym, przyczem B. wskazuje na hemikraniję (*Eulenburg*), wśród któréj znajduje się stwardnienie w mięśniach na odpowiednéj stronie głowy i szyji. Systematyczne ćwiczenie i wzmacnianie mięśnia *levator ani*, obu zwieraczy tudzież innych mięśni odbytnicy i pochwy sprawi dobre skutki przy leczeniu metodą Thure-Brandta wypadnięcia odbytnicy, pochwy i macicy.

III. Za pomocą leczenia mechanicznego możemy znieść przyczepiny i zrosty, chropowate płaszczyzny chrząstki wygładzić, przykrócone mięśnie i tkanki naciągnąć, zwątlałe ścięgna skrócić, uorganizowane wysięki, granulacyje i wybujałości rozgnieść niejako a naczynia je odżywające zniszczyć.

(Dok. nast.) *Dr. Bohosiewicz.*

Maroy: **Leczenie zapalenia pęcherza moczowego przestrzykiwaniem.**

M. poleca w leczeniu zapalenia pęcherza moczowego przepłukiwanie za pomocą rurek podwójnych z miękkiego kauczuku rozmaitéj grubości (Nr. 18—25 f.) w następujący sposób: Najpierw oczyszczenie pęcherza gorącą wodą, która została zagrzaną aż do zagotowania, a następnie ochłodzoną do pożądanéj ciepłoty, następnie wlewa środek przeciwgnilny, który przez kilka minut pozostaje w pęcherzu, poczem go wypuszcza i przepuszcza przez pół godziny gorącą wodę. Na koniec wstrzykuje do pęcherza zawiesinę jodoformową. Dopóki mocz zawiera w sobie bakteryje, dopóty powtarza się to leczenie rano i wieczór, późniéj przez jakiś czas raz dziennie, następnie dwa razy lub raz na tydzień aż do całkowitego wyleczenia. Pęcherz znosi wybornie gorącą wodę, która przez dłuższy czas przepływać powinna. M. wspomina, że pierwéj używał z dobrym skutkiem rozszerzenia cewki w przypadkach zadrażnienia pęcherza i parcia na mocz, które miało przyczynę w szczelinach szyjki pęcherzowéj. Przez czasowe porażenie mięśni cewki mocz. osiągamy łatwy i bezbolesny odpływ moczu na kilka dni; przyznaje jednak, że to rozszerzanie może być połączone z niebezpieczeństwem z powodu zdarzającego się niekiedy silnego krwawienia lub porażenia i niemożności zatrzymania moczu. M. przypomina zapatrywanie niektórych autorów, że kamienie pęcherzowe powstają, gdy wprowadzone ciało obce wywołuje zadrażnienie pęcherza, które pociąga za sobą jego zapalenie, mocz oddziaływa alkalicznie i fosforany osadzają się naokoło ciała obcego. Według M. nie ciała obce, lecz drobnoustroje z niemi do pęcherza wprowadzone wytwarzają zapalenie pęcherza z następowem osadzaniem się fosforanów i w ten też sposób tłómaczy *Cystitis gonorrhoica*, gdyż przez wprowadzenie świeczek albo zgłębników dostają się gonokoki z cewki do pęcherza. Podobnie dostają się inne bakteryje razem z cewnikami nieczystemi, tworząc najczęstszą przyczynę zapal. pęch. Dla tego poleca przechowywanie cewników w sublimacie 1 : 1000 i dokładne ich odrażanie przed wprowadzeniem. (*Viert. f. Derm. u. Syph.* 1888, zeszyt 3).

E. Hahn (Berlin): **O leczeniu kolana koślawego (*g. valgum*) i szpotawego (*g. varum*) ze szczególnem uwzględnieniem osteotomii.**

H. przyłącza się do zapatrywania Mikulicza, który stwierdził, że zarówno w *genu valgum infantum* jak i w *genu valgum adolescentium* rozchodzi się o następstwa krzywicy i że kolano koślawe powstaje najczęściéj wskutek skrzywienia dolnego końca nasady kości udowéj i górnego końca nasady kości goleniowéj. H. zarzuca więc wszystkie te zabiegi, które zajmują się tylko kłykciem wewnętrznym kości udowéj. W znacznéj większości przypadków kolana koślawego osteotomija na kości udowéj do wyprostowania jest potrzebną, a w bardzo rzadkich przypadkach obok niéj lub też sama dla siebie osteotomija kości goleniowéj (i piszczeli). Z 88 chorych z *genu valgum* leczył Hahn 69-ciu za pomocą osteotomii kości udowéj, 8-miu za pomocą osteotomii kości goleniowéj, a 11-stu za pomocą załamania. Zasady, według których Hahn leczy kolano koślawe i szpotawe są następujące: 1) U dzieci między 3-cim a 5-tym r. można użyć leczenia maszynami, jeżeli rodzice nie szczędzą czasu, trudów i kosztów. 2) Jeżeli sprawa krzywicza jeszcze się nie skończyła, kości jeszcze są miękkie i giętkie, należy polecić załamanie siłą rąk. 3) Wobec już ukończonéj sprawy krzywiczéj i kości twardych u dzieci, jakoteż u dorosłych, należy wykonać osteotomiję, a mianowicie w *genu valgum* wyłącznie powyżéj albo na wewnątrz kłykciów kości udowéj. W *genu varum* robi się osteotomiję albo tylko na podudziu albo na udzie i podudziu. Osteotomiję wykonywał Hahn za pomocą wąskich, 1—1½ cm. szerokich osteotomów i radzi przedłutować na wewnątrz, a nie powyżéj guzów stawowych. Dla ułatwienia rozdzielenia kości przedłutowywał w ostatnim czasie najpierw od strony wewnętrznéj warstwę wewnętrzną istoty korowéj, a następnie od zewnątrz zewnętrzne warstwy istoty korowéj, poczem można było łatwo kość całkiem przełamać. W ciągu 8 lat zrobił przeszło 200 osteotomij u 133-ech chorych i nie miał nigdy nieszczęścia. H. porzuca *redressement forcé*, ponieważ przy ukończonéj krzywicy wymaga bardzo wielkiego natężenia sił do złamania kości, a nieszczęścia jak zranienia poboczne, przerwanie więzadeł stawowych, oddzielenie się okostnéj, rozległe złamania skośne łatwo przydarzyć się mogą. (*Berl. Kl.*, 1889, z. 10-ty). *Dr. Baschkopf.*

Dr. Artur Hartmann (Berlin): **Przyczynek do kazuistyki ropni jamy Highmora.**

W przypadku Dr. H. szczególnie na uwagę zasługują objawy niedomogi płucnéj, w pierwszym okresie choroby występujące. Młody kupiec, zupełnie przedtem zdrów, zaczął nagle przy kaszlu odpluwać krew. Domowy lekarz nie mógł wprawdzie w płucach nic podejrzanego znaleźć, mimo to domyślał się pierwszych objawów suchot płucnych i zastosował według tegoż leczenie i zachowanie się chorego. Po kilku miesiącach, kiedy krwawe plwociny już ustąpiły, wystąpił nieznośny odór z nosa, który zmusił chorego do szukania pomocy lekarskiéj u Dr. H. Badanie wziernikiem wykazało sączenie się żółtéj, cuchnącéj wydzieliny z środkowego prawego noso-przewodu. Na podstawie téj rozpoznał Dr. H. ropień jamy Highmora. Badanie jamy ust i zębów wykazało liczne tychże plomby, a chory przypomniał sobie teraz, iż plwociny krwawe właśnie na okres plombowania odpowiedniego zęba przypadały. Nie ulega też żadnéj, według Dra H., wątpliwości, że zanadto głębokie plombowanie było przyczyną powstania całéj choroby, co wyjęcie odpowiedniego zęba zupełnie także potwierdziło. Przez otwór po wyjęciu zęba powstały kilkakrotne wstrzykiwania płynu odrażającego wydzielinę zupełnie wstrzymały. Autor przytacza jeszcze 2 przypadki ropni jamy Highmora, tylko samemi wstrzykiwaniami wyleczone. Pierwszy powstał skutkiem wycięcia polipów, przyczyną zaś drugiego, a już kilka lat trwającego ropienia były liczne w jamie nosowéj osadzone polipy. (*Wien. med. Woch.* 1889, Nr. 56). *Dr. Mendelsburg.*

Choroby kobiece.

M. Rung: **O leczeniu gnilnego zakażenia połogowego.**

Leczenie Runga polega na podawaniu możliwie dużych dawek wyskoku, na stosowaniu kąpieli letnich, na obfitym dowozie żywności i na unikaniu każdego przeciwgorączkowego leku. Z 20 tu położnic, w ten sposób leczonych, umarły 5; w 4-ch przypadkach uniemożebniły nieustanne wymioty przeprowadzenie tego leczenia, we wszystkich innych jednak osiągnięto têm leczeniem wyniki bardzo korzystne przez równoczesne stosowanie wyskoku z kąpielami, co w uderzający sposób powiększało odporność ustroju przeciw jadowi gnilnemu. *(Arch. f. Gyn.* 1889 t. 33).

Leopold: **O przyszywaniu ku tyłowi zgiętéj, wypro stowanéj macicy do przedniéj ściany brzusznéj.**

W 9-ciu przypadkach przyszył L. dna macicy do przedniéj ściany brzusznéj; wszystkie chore wyzdrowiały. W 2-ch przypadkach rozchodziło się o równoczesne przewlekłe zapalenie trąbek i jajników, w jednym o zupełne unieruchomienie ku tyłowi zgiętéj macicy z powodu mięśniaka, usadowionego w jéj dnie a w dwóch o czyste zgięcie ku tyłowi, połączone z bardzo silnemi dolegliwościami. *Ventrofixatio uteri* należy uważać bez wątpienia za zbawienny zabieg, który chore skazane dotąd na długoletnie cierpienia, jednym zamachem od nich uwalnia; należy go jednak tylko wtedy wykonać, jeśli już pierwéj użyto bez skutku wszelkich innych sposobów leczenia a szczególnie leczenia krążkami. Wskazana jest *ventrofixatio uteri*: 1) Przy wycinaniu jajników a względnie jajowodów z powodu przewlekłego zapalenia tych narządów, bez względu na to, czy ku tyłowi zgięta macica jest ruchoma, czy nieruchoma. 2) Przy usuwaniu guzów, które trwale utrzymywały macicę w tyłozgięciu. 3) W niepowikłanem zgięciu ku tyłowi macicy zupełnie ruchoméj, nieprzyrośniętéj, jeżeli dolegliwości chorych należy odnieść tylko do tego nieprawidłowego położenia, użyto wszelkich innych sposobów leczenia bez skutku. Sposób L. jest bardzo prosty: trzema szwami, głęboko obejmującemi powłoki brzuszne ujmuje także dno macicy, które przyciąga do wewnętrznego brzegu rany ściany brzusznéj. (*Volkmanna Samml. kl. Vortr.* t. 333). *Dr. Baschkopf.*

† Dr. Thomas Keith w artykule swoim, umieszczonym w *The Brit. Medic. Journal* daje się poznać jako gorący zwolennik metody Apostoliego w leczeniu włókniaków macicy. Zaleca on nawet zaniechać na pewien czas wszelkich krwawych zabiegów, a zająć się dokładnem zbadaniem leczenia elektrycznością. Twierdzi on, że wycięcie macicy zabija co 4—5-tą kobietę, gdy tymczasem sama choroba rzadko tylko skraca życie choréj. Jest więc w każdym razie obowiązkiem, wynikającym z poczucia ludzkości, nie przystępować do niebezpiecznéj krwawéj operacyi nie spróbowawszy wpierw zastosowania zupełnie nieszkodliwego leczenia metodą Apostoliego. (*The Brit. Med. Journ.* 8 czerwca.

† Dr. Engelmann zwiedził klinikę Apostoliego i dzięki uprzejmości tegoż mógł dokładnie obznajomić się w ciągu 2 tygodni tak ze samym sposobem, jak i z wynikami otrzymanemi przy jego stosowaniu.

Wrażenia swoje opisuje on w sposób następujący: Leczenie elektrycznością chorób kobiecych powinno zająć ważne miejsce w tym dziale medycyny. Sposób Apostoliego opiera się na zasadach naukowych, a zastosowanie tegoż jest również ściśle naukowem. Wyniki otrzymywane za pomocą téj metody przewyższają w niektórych przypadkach znacznie wyniki za pomocą innych sposobów osiągane, dlatego też zasługuje ona na gruntowne zbadanie przez specyjalistów. Ze względu zaś na niepewność innych sposobów i niebezpieczeństwo wycięcia macicy w mięśniakach macicy przyłącza się Dr. Engelmann do zdania Dra Th. Keitha, że obecnie wskazaną jest operacyja mięśniaka tylko w takim razie, jeżeli leczenie elektrycznością zawiodło. Prócz mięśniaków macicy próbowano już stosować ten sposób w rozmaitych innych chorobach kobiecych, szczególnie zaś w zapaleniach macicy. Sposób Apostoliego jest łatwy do przyswojenia, prosty i nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa, jeżeli będą zachowane prawidła postępowania przeciwgnilnego. (*Centralblatt für Gynäkologie* 22 czerwca.)

Choroby oczne.

Dr. Tamamszew: **Patologija i terapija** *trichiasis i districhiasis.*

Autor, lekarz praktykujący w Konstantynopolu, już od lat kilku przedstawia po klinikach Europy swój sposób leczenia téj chronicznéj choroby powiek i opisuje go w rozmaitych czasopismach lekarskich. Wychodzi on z téj zasady, że ponieważ przyczyną choroby jest cierpienie chrząstki i jéj gruczołów, przeto niepotrzebnie wycinamy w tych razach skórę powiek, skracając takowe, wywracając nieraz i robiąc nawet lagophthalmus. Trzeba tu właściwie leczyć tarsitis i blepharadenitis. Postępuje on tak: wkłada pod powiekę płytkę rogową i rozcina na niéj wzdłuż powiekę równolegle do gruczołów i takim sposobem oddziela zewn. część powiek ze skórą, tkanką podsk., z rzęsami, mięśniem od wewnętrznéj, zawierającéj brzeg chrząstki z gruczołami i tęczówką. Głębokość cięcia wynosi 4—6 mm., a czasami i więcéj. Po uśmierzeniu krwotoku, powierzchnia obniżonéj chrząstki kilkakrotnie przyżega się lapisem *in substantia*. Po odpadnięciu strupa rzęsy zwykle same wypadają, lub łatwo się usuwają cążkami. Powierzchnię rany, zwykle obficie ropiejącą, starannie oczyszcza się. Strup odcinano po 48 godzinach, pozostawiając czystą, pokrytą granulacyjami ranę. Chorzy mogą się leczyć ambulatoryjnie. Wyniki autor zawsze widział dobre i przytem recydyw nie było. Przy tym sposobie nie potrzeba używać ani chloroformu, ani kokainy, operacyja prosta, leczenie nie trwa długo i chorego nie pozbawia się ani kawałeczka skóry powiekowéj. (*Wojenno-medicinskij Żurnał*, wrzesień, 1889). *Dr. J. Talko.*

P. Silex: **O leczeniu chorób kiłowych oka.**

W chorobach oka na tle kiłowem ceni S. leczenie wcieraniami wyżéj, niż wstrzykiwania sublimatowe, przyczem kładzie nacisk na to, aby nie sami chorzy robili sobie wcierania i to w domu, lecz aby w zakładach je robiono i poleca ogółem 90 do 100 gramów szaréj maści, na każdą koléj z 5 wcierań po 3 gramy. Równocześnie z wcieraniami podaje środki napotne przez 2 dni, poczem następuje dzień bez używania tych środków. Podczas tego leczenia potrzebna jest dyjeta pożywna, a jako leczenie następowe poleca choremu 100 gramów jodku potasu w rozczynie 5 : 200. S. twierdzi, że przez leczenie powyższe zapobiegł u 24-ech na 50-ciu leczonych nawrotom chorób ocznych przez przeciąg najmniéj półtora roku, podczas gdy nawet u kilka razy leczonych wstrzykiwaniami sublimatowemi najpóźniéj po 1½ roku występowały powikłania ze strony narządu wzroku. (*Deut. med. Woch.*, 1888, Nr. 43).

Horstmann: **Neuritis optica specifica.**

Pierwotna *Neuritis optica syphilitica* może wystąpić tak jedno, jak i obustronnie u chorych, których zakażenie jeszcze nie jest dawne i tu pień nerwu wzrokowego jest siedzibą zapalenia kiłowego. Również mogą nerwy wzrokowe, względnie *Chiasma n. o.*, być zajęte przez kilaki, które w nie wrastają. H. widział w ciągu ostatnich 15 tu lat 8 razy pierwotne kiłowe zapalenie nerwu wzrokowego, i to 3 razy obustronnie, 5 razy jednostronnie. Przebieg choroby jest wprawdzie mimo odpowiedniego leczenia powolny, ale w większéj liczbie przypadków następuje polepszenie. Oprócz pierwotnego zapalenia może nerw wzrokowy uledz także zapaleniu następowemu w następstwie kilaka w jamie czaszkowéj, a wtedy mamy obraz t. z. tarczy zastoinowéj, lub też zapalenie kiłowe może z opon mózgowych w postaci *Neuritis descendens* rozszerzyć się na nerw wzrokowy i jego błony. Nerw wzrokowy ulega ze wszystkich części oka najrzadziéj zapaleniu kiłowemu, z kiłowych chorób nerwu jest znowu pierwotne zapalenie jego najrzadsze (*Deut. med. Wochenschrift*, 1888, Nr. 44). *Dr. Baschkopf.*

Dobrosierdów. **Wielkość szpary powiekowéj i jaglica:**

Wiadomo, jak znacznie rozszerzona jest jaglica u narodów wschodnio-północnéj Rosyi, czeremisów, mordwy, wotiaków i t. d. Dr. D. statystycznie dowodzi, iż u czeremisów znacznie więcéj istnieje przypadków jaglicy niżli u Rosyjan pośród nich mieszkających. Przyczynę tego widzi w mniejszéj stosunkowo długości i krótkości szpary powiekowéj u pierwszych. Zdaniem jego zarazki łatwiéj zatrzy-

mują się w worku spojówkowym przy małym otworze szpary powiekowej, łatwiéj i prędzéj wydzielają się, skoro ten otwór jest większym; nie mówiąc już o większym ucisku na gałkę przy wązkiéj szparze powiekowéj. Wymiary autor robił za pomocą strabotometru Lawrence'a. Takie same doświadczenia z takiemiż wynikami ogłosił co do wotiaków dr. Tieplaszin na styczniowym zjeździe lek. rossyjsk. Inicyjatywę do studyjów dr. D. podał prof Adamiuk w Kazaniu. (*Wiestnik oftalmologii Grudzień 1889*). *Dr. J. Talko.*

Choroby uszne.

Eitelberg. (Wiedeń): **Uwagi do niektórych postaci chorobowych bł. bębenkowéj i ucha środkowego u dzieci jakotéż do ich leczenia.**

Najprzód opisuje przypadek zapalenia ostrego błony bębenk. u 4-letniéj dziewczynki. Błona bębenk. ponsowa obrzękła, obrysy trzonu młoteczka zniesione. Uskuteczniono przekłócie a mimo sporego nacięcia i kilkukrotnego przedmuchiwania powietrza nie wydostała się ani jedna kropla ropy, lecz czysta krew w miernéj ilości. Przy codziennem zastosowaniu postępowania Politzera bł. bęb. powoli do stanu prawidłowego wróciła. Co się tyczy przewlekłych nieżytów jamy bębenkowéj wyraża E. przekonanie, że nie mała część mieszkańców zakładów dla głuchoniemych zawdzięcza wykluczenie z towarzystwa intolerancyi swoich rodziców lub bliskiego otoczenia. Cierpienie to zaczyna się w trąbce Eustachiusza i w jamie noso-połykowéj i przydarza się bardzo często u dzieci zołzowych i krzywiczych a jego zaniedbanie prowadzi z czasem do zupełnéj głuchoty. Jako czynniki przyczynowe w ropném zapaleniu ucha środkowego przytacza autor wysypki, dur, błonicę, choroby konstytucyjne (zołzy, kiłę i t. d.) zapalenie płuc, koklusz, zaziębienie, urazy, daléj zły zwyczaj nalewania częstego wody na twarz dzieci w kąpieli się znajdujących. Dziecko tak zadrażnione wykonywa odruchowe połykanie, przyczem się łatwo dzieje, że wobec szerokiego światła i krótkości przewodu Eust. kilka kropel płynu dostaje się do jamy bębenkéj, gdzie daje powód do zapalenia. Odruchy ręki dziecka do ucha chorego mają w takim razie zwracać uwagę bacznego otoczenia na miejsce, gdzie trzeba szukać początku choroby. Co do leczenia zachwalają w przypadkach ostrych wkraplanie letniego 4% roztworu kw. borowego, a obok tego *Plumb. acet. sol.* (2—5 kropli na łyżeczkę od kawy letniéj wody). W 2 przypadkach wystąpił po tym leku trwały ból głowy, który ustąpił dopiero po zmianie w leczeniu. W przypadkach przewlekłych poleca E. obok wymienionych środków słaby roztwór kw. karbolowego, przypomina używanie roztworu azotanu srebrowego według Schwartzego, kreoliny, odradza stosować ałun, chwali jodoform w ropieniach z ucha gruźliczych a na koniec potwierdza, że kw. borowy zostanie jedynym i najważniejszym ze środków. dopóki nie ustąpi pierwszeństwa innemu lekowi. (*Archiv f. Kinderheilk.* Nr. X.) *Dr. R. Spira.*

L. Katz (Berlin): **O sztucznéj błonie bębenkowéj z celoidyny.**

Usiłowanie, aby człowiekowi z przytępionym słuchem, który wskutek ostrego lub najczęściéj przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego, dotknięty jest przedziurawieniem błony bębenkowéj, poprawić słuch przez włożenie sztucznéj błony bębenkowéj, należy do wdzięcznych zabiegów leczniczych. Yearsley podał zwykłą kuleczkę z waty, Toynbee płytkę gumową z drucikiem srebrnym jako rękojeść, Berthold używa błony jaja kurzego; wszystkie posiadają jednak dwie wady: 1) drażnią części sąsiednie, 2) zwilżone wydzieliną zwijają się. Tych wad nie posiada błona bębenkowa z celoidyny. Jeżeli do płytkiéj podstawki szklanéj wlejemy roztwór celoidyny (*Celloidin. 10·0, Spirit. abs. i eteru ana 50·0*) tyle, aby celoidyna utworzyła warstwę 1½ mm. grubości, to po ulotnieniu się eteru wzgl. wyskoku pozostanie po kilku godzinach zupełnie przeźroczysta, jasna, jak papier cienka, giętka płytka, z któréj wyciąć można małe krążki. Pręcik z waty, którego koniec w roztworze celoidyny zamoczony, łatwo do środka blaszki przytwierdzić można, służy jako rękojeść przy wprowadzeniu pincetą; jeżeli chory nie bardzo niezgrabny, może sobie tę sztuczną błonę bębenkową sam wprowadzać. (*D. med. Woch.* 1889, Nr. 28).

Choroby skórne i weneryczne.

Cozzolino (Neapol). **Wpływ zołzów na rozwój i przebieg kiły.**

Wpływ zakażenia zołzowego uwidocznia się już przy pierwotnym wrzodzie kiłowym, który u osób zołowych okazuje wybitną dążność do rozpadu a nawet do fagedenizmu co jeszcze wyraźniéj występuje w kiłowych zmianach jamy nosowéj i gardła i to tak w okresie wtóro jak i trzeciorzędnym. Pod wpływem zołzów zapalenie kiłowe migdałków przechodzi często w ich przerost; jeśli tu przychodzi do owrzodzenia, to zajmuje ono zawsze także tkankę sąsiednią, drąży w głąb i przybiera dość często wejrzenie błonicowe albo zgorzelinowe. Kilaki w *cavitas bucco-pharyngea* zawsze przechodzą w ropienie a powstające ztąd wrzody zołzowato kiłowe odznaczają się długiem trwaniem. W kiłowém zajęciu gruczołów na tle zołzowém przychodzi do nadmiernego ich rozwinięcia z dążnością do zapalenia i zropienia. W krtani przebiegają zołzy i kiła niezawiśle od siebie lub téż jedna choroba wpływa na drugą, zmieniając takową. Pod względem prognozy podnosi C., że osoby zołzowe, jeżeli równocześnie cierpią na ogólną kiłę, łatwo ulegają cherze kiłowéj (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* Rocznik XX).

Manssurow. **O zmianie w zabarwieniu skóry i paznogci, wywołanéj przez używanie arsenu.**

Po dłuższem wewnętrznem używaniu arszeniku może nastąpić zmiana barwy skóry i paznogci. M. opisuje przypadek, w którym u 40 letniego mężczyzny po kilkomiesięcznem zażywaniu arszeniku wystąpiło dziwne brunatnawe zabarwienie paznogci. Badanie drobnowidowe wykazało, że ta zmiana barwy występuje głównie na powierzchownym brzegu komórek przyskórkowych, który stał się cytrynowożółtym. Chemicznéj przyrody barwika nie wykazano. (*Viertelj. f. Dermh. u. Syp.* Rocznik XX).

Aleksander: **Kiła i oko.**

Jako kierownik szpitala dla chorób ocznych w Akwizgranie leczył A. przez przeciąg 23 lat 50.000 chorych na oczy i mógł u 2·76% tych chorych więc u 1385-ciu stwierdzić kiłowe pochodzenie choroby. Pouczającym jest rozdział na pojedyńcze części oka; na 1385 przypadków zajęty był nerw wzrokowy 568 razy=40%, jagodówka (tęczówka, ciałko rzęskowe i naczyniówka) 331 razy=24%, mięśnie zewnętrzne 146 razy=10·54%, mięśnie źrenicy 59 razy=4·26%, siatkówka 107 razy=7·72%. Tylko w 75-ciu przypadkach t. j. 5·48% zajęta była rogówka, w 35 przypadkach =2·52 kości i narządy łzowe, w 14 przyp.=1% nerw trójdzielny i twarzowy i tylko w 8-miu przypadkach t. j. 0·57% powieki i spojówka, w 3-ch twardówka. Zapalenie kiłowe tęczówki jest także według zdania innych autorów bardzo częstym objawem kiły ustrojowéj i można przypuścić, że prawie 50% wszystkich zapal. tęczówki jest pochodzenia kiłowego; *iritis plastica* nie uprawia jeszcze do wnioskowania, że przyczyną jéj jest kiła, jak to jest przy *iritis gummosa. Retinitis suphilitica* posiada wysokie praktyczne znaczenie z powodu ciężkiego w następstwie. uszkodzenia wzroku. W pierwszéj linii poleca wcierania lub podskórne wstrzykiwania przetworów rtęciowych a jako środek wspierający używanie ciepłych kąpieli w Akwizgranie. Co do leczenia miejscowego, twierdzi, że ono w niczem nie różni się od leczenia podobnych, samoistnie powstałych chorób ocznych a więc odbywać się powinno zupełnie według tych samych zasad. A. sprzeciwia się rozpowszechnionemu uprzedzeniu, że operacyje na oczach kiłowych pod względem rokowania są niepomyślniejsze, niż te same zabiegi na oczach innych chorych. Rany operacyjne na powiekach, rogówce, tęczówce, nawet wyłuszczenia goją się u kiłowych przy troskliwém postępowaniu przeciwgnilném zarówno prędko i dobrze, jak u niekiłowych i należy je dla tego wszędzie bez wahania wykonać, gdzie tylko są wskazane. (*W. m. Bl.* 1889 Nr. 27).

Ferrara: **O późnych objawach kiły.**

F. podnosi, jak ważne znaczenie ma dla lekarza praktycznego wczesne rozpoznanie kiły trzew, a odnosi się to przedewszystkiem do chorób syfilitycznych układu nerwowego środkowego, serca, płuc i wątroby. Choroby te tylko niewyraźnie okazują cechę swoistą i naśladują choroby, w obec

których leczenie jest bezskuteczne. I tak n. p. kiła ośrodków nerwowych może występować jako ogólne porażenie, poprzeczne zapalenie rdzenia pacierzowego, stwardnienie rozsiane, uwiąd rdzenia pacierzowego; kiła wątroby może występować jako marskość wątroby lub zakrzep żyły bramnéj, kiła płuc jako suchoty i t. d. Lekarz, który się zadowala jedynie rozpoznaniem choroby bez uwzględnienia jéj etyjologii i patogenezy zastosuje najczęściéj leczenie nieodpowiednie i narazi na niebezpieczeństwo życie chorego, któregoby leczenie swoiste mogło uratować. (*Viertelj. f. Derm u. Syph.*, rocz. XX).

Haab: **O ogólnem zakażeniu rzeżączkowem.**

Donosząc o ogólnem zakażeniu na tle rzeżączki i o zakażeniu mięszanem gonokokami i innemi drobnoustrojami, opisuje H. najpierw zapalenie tęczówki saméj i tęczówki i ciałka rzęskowego rzeżączkowe. Daléj wspomina o zapaleniu spojówki u ludzi dotkniętych rzeżączką, występującem bez przeniesienia wydzieliny na oko, gdzie więc wydzielina spojówkowa wolną jest od gonokoków i odpowiednio temu ma choroba cechę dobrotliwą. Daléj donosi o chorym, dotkniętym groźnem ogólnem zakażeniem w następstwie rzeżączki cewki moczowéj, któremu zagrażała śmierć wskutek ogromnego wyniszczenia sił po długotrwałéj gorączce, nieustępującéj żadnemu lekowi. W stawach łokciowych i kolanowych wystąpiło zapalenie wypocinowe, ropnie w lewéj pasze, utrata jednego oka wskutek bardzo ciężkiego ropotoku rzeżączkowego spojówki, który o mało co nie zniszczył także drugiego oka, w każdym razie sprowadził długotrwałe zapalenie ciałka rzęskowego z następowem znacznem obniżeniem ucisku śródocznego. W wypocinie stawu kolanowego nie znalazł koków, natomiast znalazł je w ropniu pachowym, ale nie gonokoki, lecz stafylokoki. (*Correspondzbltt. f. schweiz. Aerzte*, 1889, Nr. 8).

Abner: **Przyczynek do nauki o objawach kiły wrodzonéj.**

U dzieci obciążonych kiłą wrodzoną ustępują objawy chorobowe zwykle jeszcze przed końcem drugiego roku życia, u jednego dziecka już nigdy więcéj nie wracają, u drugiego dopiero w czasie dojrzewania płciowego albo jeszcze późniéj; w trzeciéj wreszcie grupie objawia się choroba mniéj lub więcéj częstemi wybuchami, występującemi w nieregularnych okresach czasu. Dwa pierwsze lata obejmują wczesne postacie kiły dziedzicznéj, późniéj występujące postacie możemy nazwać *Syphilis hereditaria tarda*. Rozpoznać można tę postać kiły z oznak poprzednio przebytych chorób, z wstrzymanego wzrostu, jakoteż z obecnie istniejących objawów. Zdarzają się jednak, podobnie jak w kile nabytéj, późne postacie choroby bez możności wyśledzenia wcześniejszych objawów. Późne postacie *Syphil. hereditariae tardae* są bardzo różnorodne i przedstawiają niekiedy podobne trudności w rozpoznaniu, jak odpowiednie postacie kiły nabytéj. Co do leczenia, poleca A., podobnie jak w kile trzeciorzędnéj przetwory jodowe, a mianowicie wskazane są w cięższych przypadkach wielkie ich dawki w połączeniu z rtęcią. (*Viertelj f. Derm. u. Syph.*, rocznik 20).

E. de Renzi: **O kile układu nerwowego.**

Umiejscowienie się kiły w środkowym układzie nerwowym można prawie zawsze wprowadzić w związek z pewnemi okolicznościami usposabiającemi i przyczynowemi, które nie stoją w żadnéj bezpośredniéj styczności z zakażeniem kiłowem. Tu należy przedewszystkiem usposobienie neuropatyczne, daléj nawały krwi do mózgu z powodu wytężonéj pracy umysłowéj, urazy głowy, alkoholizm i t. d. Co się tyczy leczenia kiły mózgu, poleca R. w pierwszym rzędzie rtęć w postaci wcierań albo wstrzykiwań, daléj kąpiele parowe w celu osiągnięcia obfitéj dyjurezy, jodek potasu, a jako leczenie następowe cieplice i kąpiele mineralne. (*Viertelj. f Derm. u. Syph.*, rocznik XX).

Aikman: **Przyczynek kazuistyczny do nauki o kile układu nerwowego.**

U 40-to-letniego chorego, którego zakażenie kiłowe w wywiadach wykazano, rozpoczęła się choroba od bólów głowy, po których wnet wystąpiły objawy pomięszania umysłu, porażenia grup mięśniowych po stronie lewéj, obustronny brak objawu kolanowego i zupełna niemożebność zatrzymania moczu i kału. A. przypuszcza zajęcie tętnic mózgowych; po jodku potasu (6·5 grama dziennie) szybkie wyleczenie. Że w drugim przypadku nawet najenergiczniejsze leczenie przeciwkiłowe nic nie pomogło, samo się przez się rozumie, gdyż według opisu samego A. przedstawiał się przypadek jako uwiąd rdzenia pacierzowego, którego przecież nie można wprost nazwać kiłą nerwów, chociażby i chory kiłę przebywał. Przypadek trzeci: lekarz wojskowy w służbie indyjskiéj okazywał wysokiego stopnia wychudnienie i głównie zanik kończyn po stronie lewéj. Chory przyznał, że zaraził się za pośrednictwem palca. Po jodku potasu znaczne polepszenie (*Viertelj. f. Dermat. u. Syph.*, rocz. XX).

Toksykologija.

F. Strassmann: **O śmiertelnêm działaniu następowém chloroformu.**

Opierając się na swych doświadczeniach, dochodzi S do następujących wyników: 1) Po dłuższem chloroformowaniu można wykazać u psa przemianę tłuszczową wewnętrznych narządów a przedewszystkiem wątroby, w drugim rzędzie serca a rzadko innych narządów. 2) Powiększenie się wydzielania N u zwierzęcia głodzonego pod wpływem chloroformu dowodzi, że tu mamy do czynienia z powiększonym rozpadem istoty azot zawierającéj, z zwyrodnieniem tłuszczowém a nie z naciekiem tłuszczowym. 3) Niekiedy prowadzi dłuższe chloroformowanie u psa w kilka (najwyżéj w 30) godzin po skończeniu usypiania i po pozornie zupełnêm wyzdrowieniu jeszcze do śmierci zwierzęcia. 4) Że w przypadkach prowadzących do śmierci napotykano zmiany w sercu zawsze wysokiego stopnia, pozwala przypuszczać, że w nich należy szukać przyczyny śmiertelnego zejścia. 5) W przypadkach nie kończących się śmiercią ustępują znowu zwyrodnienia narządów w przeciągu kilku tygodni. 6) Słabsze wpływy: głód, utrata krwi i t. d. sprzyjają występowaniu zmian: u silnych i młodych zwierząt wytwarzają się one mniéj łatwo. 7) Poprzednie zastosowanie morfiny zmniejsza z ilością chloroformu do uśpienia potrzebną równocześnie objawy następowe tegoż. Po eterze nie spostrzegamy zmian tych w wybitny sposób, z czystym jednak eterem nie można osiągnąć równie zupełnego uśpienia. 8) Inne rodzaje zwierząt: koty, króliki, zachowują się odmiennie od psów, które przy przenoszeniu spostrzeżeń na tych ostatnich poczynionych na człowieka wzywają do ostrożności. (*Virchowa Archiw*, tom 115. zeszyt 1).

Do **leczenia otrucia kokainą** poleca Lépine (*Sem. med.*) wdychiwania **azotynu amylowego** (przeciw skurczowi naczynioruchowemu, który sprowadza objawy zatrucia), przeciw gwałtownym drgawkom chloroform lub chloral, niekiedy i makowiec pomaga. W twarz nie należy więcéj niż 2 ctgr. na raz wstrzyknąć, a na błonach śluzowych nie stosować więcéj niż 4—5 centigr. Ludzi nerwowych lub niedokrewnych, szczególnie skłonnych do tych przypadków, należy przed wstrzyknięciem poziomo ułożyć, a u chorych prawdopodobnie do zatrucia skłonnych można zapobiegawczo użyć wdychiwania trzech kropli azotynu amylowego.

Notatki lecznicze.

W migrenie mają podskórne wstrzykiwania **kokainy** od 0.3 do 0.05! sprowadzać dobry skutek a gdyby temu sposobowi leczenia towarzyszyła bezsenność i niepokój, wystarczyło do usunięcia tych nieprzyjemnych powikłań dodanie 0.01 morfiny. W przypadkach **dychawicy oskrzelowej**, połączonych z dusznością wysokiego stopnia, osiągnięto wstrzykiwaniami kokainy 0.015 do 0.02 z 0.005 do 0.01 morfiny prawie natychmiastową ulgę. (*Lond. Record*).

W sprawie leczenia marskości wątroby. Jeżeli z powodu marskości wątroby wystąpiła puchlina brzuszna i równocześnie nie ma, — wyjąwszy chorobę serca — żadnéj innéj ciężkiéj choroby narządów, można osiągnąć według Schwassa (*Berl. kl. Woch.*) przez podawanie naparstnicy z kalomelem dobry wynik i to nawet w przypadkach, w których każdy z nich osobno podany zawodzi. W ogóle znoszą chorzy kalomel lepiéj z naparstnicą, niż sam. Podaje się kalomelu 0.1 a naparstnicy 0.05, co 3 godziny, przez tydzień.

Maść do leczenia szczelin rzyci. Ma ona na celu tylko podparcie leczenia środkami żrącemi. Po dokładnêm przyżeganiu chorych części azotanem srebrowym przykłada się codziennie

kilka razy mość przeciwgnilną: *Acid. borici 3.0, Cocaini. hydrochl. 1.0, Lanol. 30.0 Mfungt.* (*Revue gén. de clin. et de thérap.*).

Dr. Baschkopf.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie VI z dnia 15-go grudnia 1889 r.

Przewodniczący prof. Korczyński i obecnych 8 członków.

1) Wobec uchwały W. Sejmu, polecającéj szczepienie ochronne ospy krowianką prawdziwą kosztem rocznym 10,000 złr., zastanawiano się w obszernéj dyskusyi nad sprawą zakładów krajowych produkujących krowiankę.

2) Wobec zupełnego niedotrzymywania dobrowolnie na siebie przyjętych zobowiązań przez zarząd mleczarń w Grodkowicach, a niedostatecznego wypełniania tych zobowiązań ze strony zarządu mleczarni w Gnojniku, uchwalono im jeszcze raz przypomnieć obowiązek punktualnego nadsełania co miesiąc poświadczeń lekarskich, a względnie weterynarskich o stanie zdrowia obory i osób w mleczarni zatrudnionych.

3) Przyjęto do wiadomości, że właścicielka mleczarni w Krakowie p. Dobrzyńska przygotowuje w zakładzie swoim mleko sterylizowane sposobem Soxletha.

4) Komisyja przeszła do porządku dziennego nad propozycyją p. Fruchtmana przyjęcia kontroli nad jego zakładem produkcyi kefiru, ponieważ zdaje się, że zakład ten nie istnieje, a właściciel po dalsze instrukcyje wcale się nie zgłosił.

5) Uchwalono wysłać zapytanie do pp. aptekarzy Domaina w Ropczycach i Żymirskiego w Lubaczowie, czy zajmują się nadal zbieraniem roślin lekarskich.

7) Uchwalono wstrzymać się jeszcze z wydaniem oceny bulijonu wyrabianego w Łapszynie.

8) W celu porozumienia się w sprawie wyrobu pigułek zwłaszcza kreozotowych p. Mańkowskiego, aptekarza w Przemyślu, uchwalono zaprosić go do osobistego stawienia się w Krakowie.

9) Oceniając dobroć wyrobu kapsułek elastycznych i „Hygea“ p. Zahradnika, aptekarza w Jeziernéj, postanowiono wyrób ten jeszcze raz Towarzystwu lekarskiemu do uznania i poparcia przedłożyć.

10) Ponieważ próby przedsięwzięte wykazały, że papierki synapizmowe p. Loebensteina („Austria“), sporządzone nowym sposobem, nie ustępują w niczem francuskim, uchwalono rezultat ten podnieść w Tow. lek. krak.

11) Przyjęto do wiadomości, że główny skład na Galicyę plastrów pp. Urbanowicza i Trzcińskiego w Warszawie przeniesiono do składu aptecznego p. Wiśniewskiego w Krakowie.

12) Komisyja nie mogła się powstrzymać od wyrażenia zdziwienia swego, że wyroby opatrunkowe p. Dobrowolskiego w Krakowie, mimo dobroci swojéj i bardzo przystępnéj ceny nie znalazły dotychczas po większéj części należytego zastosowania w szpitalach krajowych.

13) W sprawie rozszerzenia zbytu wody sodowéj hygienicznéj z fabryki pp. Chmurskiego i Rzący, odpowiadającéj wszelkim wymogom, wybrano podkomisyję z koll. Buszka, Cybulskiego i Olszewskiego, która ma swoje wnioski przedłożyć na następnem posiedzeniu komisyi.

14) Wobec uchwalenia wniosku posła Koziebrodzkiego podczas ostatniéj sesyi Sejmowéj, polecającego W. Wydziału krajowemu ułożenie projektu do statutu dla zdrojowisk krajowych, postanowiono i ze swéj strony rozpatrzeć się w téj sprawie, tak ważnéj dla naszych zdrojowisk, zbierać odpowiedne materyjały, i w tym celu wybrano osobną podkomisyję, w skład któréj weszli: rektor Korczyński, Ściborowski i Surzycki.

Sekretarz: *Doc. Dr. Gluziński.*

VII. Przyczynki do Epidemijologii Wschodu.

Podał

Dr. Władysław Jabłonowski w Burgas.

(Gorączka „Dengue“).

Do cech charakteryzujących tegoroczny okres zimnic, panujących w pewnych prowincyjach półwyspu bałkańskiego i na zachodnich wybrzeżach Anatolii, należy powikłanie ich, a lepiéj wzmocnienie ogólnego stanu zdrowotnego, wybuchem i rozwojem tak zwanéj „fièvre Dengue“. Gość to podobnie, jak dwie inne już poznane, wywodzi swe pochodzenie także z Indyj wschodnich i jako stan chorobowy dotąd mało znany na tareckim wschodzie, zasługuje tem samem na szczegółowe poznanie.

Z energiją właściwą każdéj wschodniéj epidemii choroba, któréj omawianie jest przedmiotem obecnego szkicu, wybuchła najprzód na wyspie Cyprze, zkąd przerzuciła się na wybrzeża syryjskie i ustaliła się w Beyrucie. Następnie spotykamy ją na Chijos, w Smyrnie, Salonice i wreszcie w Konstantynopolu, Warnie i Adryjanopolu. W stolicy nadbosforskiéj pierwsze jéj przypadki zauważono w części miasta zwanéj „Kassym pasza“, słusznie uważanéj za ognisko stołeczne chorób zakaźnych, przechowujące prawdziwe hodowle pierwiastków je wywołujących. Postępując z niezwykłą szybkością, w ciągu zaledwie kilku dni, choroba rozszerzyła się po innych cyrkułach, sięgnęła do przedmieść położonych nad Bosforem, przedostawszy się wreszcie i na wyspy książęce.

Przed zapoznaniem się ze szczegółami nozo- i epidemijologicznemi tego stanu chorobowego, mało znanego lekarzom praktykującym w Europie, pozwolę sobie określić go i przedstawić cechujące przypady, opierając się na zdaniu lekarzy angielskich i amerykańskich, którzy mieli sposobność badania choroby na miejscu, a nieco także i na własnych doświadczeniach.

Otóż pod nazwą gorączki Dengue, lub poprostu „Dengue“ (Thre Day Fever, Dandy fever, Break bone Fever, Wing-broken-fever, Scarlatina rheumatica, Abu Rekabe u Arabów w Syryi), lekarze indyjscy w początkach bieżącego stulecia opisali stan chorobowy, cechujący się bardzo szybkiem przyswojeniem się, gorączką, bolami w stawach i wysypką, w ogólnéj liczbie przypadków ukazującą się trzeciego dnia choroby. Jest to gorączka zakaźna, szybko się rozpoczynająca od bólów głowy i oczu, obrzmiewania i bólów mięśni, przypadów nieżytu gardła i wysokiego stopnia osłabienia, zmuszającego chorego do zaniechania wszelkich zatrudnień, które go nadzwyczaj nużą, utradniając wykonanie najmniejszego ruchu. Ze stanem tym wikła się albo ogólna niemoc w całym systemie mięśniowym, lub też chory doświadcza tylko nieznośnych bólów, zajmujących naraz lub oddzielnie trzy główne okolice: głowę, lędźwie i kolana. Bóle tych ostatnich są tak charakterystyczne, że Arabowie w Syryi nazwali chorobę „Abu Rekaba“ (ojczymem kolan). Wszędzie wreszcie, gdzie spostrzegano ten stan chorobowy, uważano go za patologiczną nowość i zaraz chrzczono nową nazwą. Podług więc dominujących przypadów i pewnego podobieństwa do innych znanych cierpień, nazwano go „Embarras gastrique febril;“ „Fièvre articulaire exanthematique,“ „Polka-fever“ w Brazylii, „brise oss,“ a nawet „Żyrafą“! Ostatnia ta nazwa została nadaną, gdy zauważono u niektórych chorych stężenie i niezwykłe wyciąganie szyi. Zkąd jednak pochodzi właściwa nazwa „dengue,“ tego etymologicznie określić nie podobna. Prawdopodobnie jest to nazwa dana przez mieszkańców Polynezyi chorobie, która tam panuje nagminnie.

Pod względem historyi choroby i geograficznego jéj szerzenia się następujące posiadamy daty. Pod zacytowaną już nazwą lub inną, stosownie do miejscowości, pierwszy jéj wybuch i epidemiczny rozwój nastąpił w roku 1824 w Rangoon w Birmanii, zkąd choroba przerzuciła się do Indyj, Persyi, Ameryki i Egiptu. W kilka lat późniéj około 1832 roku lekarze hiszpańscy w Antylach zauważyli ją na wyspie św. Tomasza, gdzie uległa jéj prawie połowa miszkańców. W ciągu tegoż samego okresu czasu lekarze francuscy opisali epidemiję „dengue“ w Senegalu i Gabou. Na niezliczonéj zaś ilości wysp Oceanu Spokojnego choroba ta panuje corocznie. W Egipcie Pruner-bey rozpoznał chorobę tę już w r. 1845. Od téj chwili przebyto tam kilka jéj wybuchów, z których najgwałtowniejszy nastąpił przed paroma laty. Co do Europy, to nie była ona odwidzaną przez tego egzotycznego gościa, gdy nagle w roku 1864 choroba wybuchła w Kadix, gdzie w ciągu kilku dni 14.000 osób zostało dotkniętych. W tem

to mieście ustępowanie „dengue" zostało zaznaczonem wybuchem cholery indyjskiéj. W bliższych nam okresach czasu choroba w roku 1872—73 panowała w całym prawie Indostanie. A w r. 1885 dotkliwe jéj szerzenie się miało miejsce na wyspie nowéj Kaledonii, głównie zaś w mieście Numea' gdzie cała prawie ludność uległa chorobie.

Z tego rzutu oka na rozwój i przebieg kilku epidemij „dengue" wypada, że choroba ta występuje przeważnie w strefie gorącéj, po za którą nie przedostaje się jak tylko w rzadkich przerwach do stref umiarkowanych. Na półkuli północnéj aż do wybuchu epidemij w Kadix choroba sięgnęła do 33° sz. p. Na południowéj rozciągnęła się do Rio de-Janejro leżącego pod 22° sz. pł. Wreszcie linie stopniowe, jakie epidemijolodzy wznieśli przeciwko chorobom strefy gorącéj, zawsze przez nie zostały przeskoczone, bez najmniejszego względu na ten uczony rodzaj ich umiejscowiania. Najświeższy tego dowód mamy teraz w epidemij „dengue" szerzącej się w Smirnie, Stambule, Pireus i Adryjanopolu. Zdaje się jednak, że będzie to najwyższy geograficzny stopień szerokości północnéj, pod który mogła się przedostać.

Pierwsi lekarze obserwujący „dengue," umieścili ją w rzędzie chorób wysypkowych. Dzisiaj, stosownie do panujących idei należy ją policzyć do rzędu cierpień zakaźnych, zawdzięczających swe powstanie bakteryjom czy lasecznikom. Już nawet jeden z lekarzy brazylijskich, w którego ojczyznie „dengue" bywa często braną za „Beriberi," miał już przyjemność odkryć we krwi dotkniętych przez pierwszą właściwe zakaźne żyjątko, jakiś chorobotworczy drobnoustrój. Spodziewam się też, że i nasi bakteryjolodzy, mając obecnie tak obszerne i tak ciekawe pole badań, przyczynią się także do określenia natury tego cierpienia. Przedtem jednak pozwolę sobie przedstawić sam obraz chorobowy, i przypady, jakie cechują gorączkę „dengue."

Przyswojenie się zarazka jest zwykle gwałtowne. Rzadko tylko istnieje okres poprzedzającego osłabienia, trwający nie dłużéj nad parę dni. W największéj liczbie przypadków choroba rozpoczyna się od lekkiego dreszczu, bólu gardła, zaczerwienienia błony śluzowéj powiek, bólów w kończynach, czerwoności powłok skórnych, i tętna wahającego się między 100 — 120 — 130, przy ciepłocie dochodzącéj do 39° — 40.4°. Gorączka w okresie wybuchowym, trwającym zwykle dzień jeden lub najdłużéj godzin czterdzieści, wkrótce zaczyna się zmniejszać i ukazująca się wysypka zakończa całą sprawę. Wszystkie te pojawy łagodniejąc stopniowo pozostawiają chorego w stanie znużenia, dręczonego bólami i obrzmieniem małych stawów, niekiedy trwającemi kilka tygodni. Choroba więc przedstawia się w formie łagodnéj i złośliwéj. Ta ostatnia, powszechnie nazywana „black-fever", jest nadzwyczaj rzadką tak, że tylko jéj formę łagodną zwykle obserwują. Trwanie cierpienia w ogólnej liczbie przypadków nie przedłuża się po za ósmy dzień. Zauważono jednak przykłady i kilkotygodniowego trwania choroby.

Rozpoznanie jest zawsze łatwem. Niespodzianie tylko zaskoczeni przez ukazanie się pośród nas tego nowego gościa czas jakiś wahaliśmy się pod względem określenia cierpienia, które w początkach można uważać za płonicę. Lecz drogą wykluczenia łatwo daje się zaznaczyć różnica między temi dwiema chorobami. W „dengue" gorączka jest niestałą; ciepłota choć dochodzi nieraz do wysokiego stopnia' to jednak spada bardzo szybko. Bóle stawowe i mięśniowe tak cechujące „dengue," nie istnieją w płonicy. Tętno jest daleko szybsze w pierwszym okresie płonicy, aniżeli w „dengue." Wysypka jéj właściwa ukazuje się daleko wcześniéj. Choroba dotyka zarówno każdego wieku i każdéj płci. Wreszcie właściwy jéj przebieg, przy braku białka w moczu, wyróżnia ją od innych chorób wysypkowych.

Zwykle trzeciego dnia choroby ukazuje się wysypka, bardzo charakterystyczna dla „dengue." Występuje ona bowiem już to jako zwykłe zaczerwienienie skóry, lub też jako wyrzut plamisty i pęcherzykowy z nadzwyczajnie szybkim przebiegiem. Po 24 godzinach wysypka znika. Siedliskiem jéj są zwykle twarz, szyja, dłonie, grzbiet, powłoki brzuszne i niekiedy górna powierzchnia nóg. Zauważano także, że w pewnych epidemijach, wysypka wcale nie występowała. (Dok. nast.)

VIII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Dr. Heyfelder. Influenza w Petersburgu w r. 1889.

Nie podlega wątpliwości, iż pomiędzy zarazą, która w lecie grasowała w Bucharze, w jesieni w Konstantynopolu i w Grecyi całéj, a obecnie w Petersburgu i Moskwie panuje, istnieje stanowcze podobieństwo i ścisły związek. Autor zgadza się, by choroba ta nazwę influenzy nosiła, zalicza jednakowoż obecnie panującą raczéj do jéj formy nerwowéj.

Zaraza w Bucharze rozpoczęła się w maju 1889 r. szczególnie pomiędzy Europejczykami tamże zamieszkałymi. Autor obserwował kilkanaście przypadków, pomiędzy tymi jednę suchotnicę. Objawy były przeważnie nerwowe. U wszystkich nagle wśród zupełnego zdrowia występowały dreszcze, bóle mięśniowe, ogólne raptowne osłabienie i silna do 41° C dochodząca i bez intermisyi lub remisyi ciągnąca się gorączka. Wśród cierpienia, które od 3 do 7 dni trwało, pojawiały się nudności, wymioty, przeczulica ogólna, neuralgia czołowa i międzyżebrowa, bezsenność, uczucie lęku a często i bredzenie. Wśród rozpływnych, często cuchnących potów, ciepłota nagle opadała nawet poniżéj normalnéj, a znaczne osłabienie, schudnięcie i brak apetytu, towarzyszyły rekonwalescencyi. U suchotnika wszystkie objawy płucne znacznie się spotęgowały. Po Europejczykach przyszła koléj i na tamtejszych mieszkańców tak, iż w miesiącu Lipcu 50% ludności zachorowało. Zdarzały się przypadki, iż chorobę, nim z całą siłą wybuchnęła, także dość długi okres zwiastunowy poprzedzał, a Dr. H. sam tę odmianę przechodził. Choroba nawiedzała tak samo mężczyzn jak i kobiety, młodych i starych a nawet oseskom nie przepuszczała. Kupcy europejscy i tamtejsza ludność zwalczała gorączkę często chłodnikami, lodem, a nawet z swéj dobroci znanemi melonami bucharskiemi, w skutek czego przyłączyły się także objawy gastryczne, i ztąd to powstała wieść, iż influenza poprzedza cholerę. Dr. H. zwalczał zarazę antipyryną i chininą, a leki te skracając znacznie czas trwania choroby, prawdziwymi dobroczyńcami się okazały. Zachorowawszy sam, Dr. H. był zmuszony opuścić Bucharę i wrócić do Petersburga.

W Petersburgu pierwszy przypadek wystąpił w miesiącu wrześniu. Objawy były początkowo te same co podczas epidemii bucharskiéj. Dopiero w listopadzie do znanych już przystąpiły objawy zadrażnienia narządów oddechowych, jak nieżyt nosa, zapalenie oskrzeli a nawet płuc i opłucnéj. Tak w Petersburgu jak i w Moskwie w miesiącu tym połowa ludności chorowała, wskutek czego cały ruch wielkomiejski ustał. Żołnierze nie pełnili służby, szkoły dla braku uczniów i nauczycieli pozamykano, urzędy zaprzestały swych czynności biórowych, teatry pozamykano. Zaraza grasowała nietylko po miastach, ale i po wsiach. Ciepłota, klimat, i ilość znajdującéj się w powietrzu wilgoci zdają się nie mieć wpływu na powstanie lub przebieg choroby, rozpościerała się ona bowiem w Azyi tak samo w lecie podczas największych skwarów, jak w Europie podczas zimna i słoty.

Wyniki, jakie Dr. H. z badanéj epidemii wyprowadza, są następujące: 1) Mieszkańcy mieszkań suterynowych lub parterowych częściéj, aniżeli lokatorowie wyższych pięter na nią zapadają. 2) W koszarach, szkołach i internatach występuje szybciéj i gwałtowniéj. 3) Osoby osłabione lub słabowite prędzéj jéj podpadają aniżeli zdrowi.

Czy można jéj zapobiedz? Zdaje się, że kwarantanna nie na wiele by się przydała. Uniknąć by jéj mogła prędzéj pojedyńcza osoba, opuszczając miejscowości zakażone. Najlepszą ochroną jest spokojne zachowywanie się podczas istnienia epidemii. Ponieważ słabsze organizmy łatwiéj jéj ulegają, więc nietrzeba nic czynić, coby wogóle osłabiać nas mogło, ale przeciwnie regularnem i spokojnem życiem, dobrem odżywianiem się i unikaniem wybryków należy ciało wzmacniać. Swoistemi lekami okazały się i tu chinina i antipyrina. Pouczenie publiczności, iż influenza ani poprzedza ani się łączy z cholerą, jest obowiązkiem lekarzy, w jaki bowiem sposób ta bajka powstała, już powyżéj wyjaśniono. (*W. kl. Wochschrft, 1889 Nr. 51*). *Dr. Mendelsburg.*

L. 84.404.

Okólnik

c. k. Namiestnictwa pp. c. k. Starostów.

Aby akuszerki nie pozbyły się wprawy w prowadzeniu przepisanych wykazów porodowych (§ 10 dodatku do instrukcyi z 4/6 1881), tudzież, aby materyjał na podstawie tych wykazów uzyskany dał się należycie zużytkować, włożyło wys. Ministerstwo spraw wewn. rozporządzeniem swem z dnia 26 listopada 1889 L. 20.008 obowiązek na c. k. lekarzy powiatowych, aby jużto podczas podróży peryjodycznych, już też przy jakiejkolwiek innéj sposobności troskliwie czuwali nad dokładnem prowadzeniem przez akuszerki wykazów porodowych, akuszerki w tym kierunku osobiście pouczali i nim przedłożą Namiestnictwu w terminach półrocznych wykazy porodowe, o których mowa, takowe jak najdokładniéj zbadali, postępując z całą surowością z niedbałemi akuszerkami.

Zechce zatem Pan c. k. Starosta zarządzić co potrzeba do ścisłego przestrzegania powyższego rozporządzenia.

Lwów, d. grudnia 1889. *Badeni*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** 9-go stycznia. Na wczorajszem posiedzeniu Tow. lekarskiego po odczytaniu protokółu poświęcił przewodniczący kilka słów serdecznego wspomnienia zmarłemu kol. Doc. Drowi Smoleńskiemu, oraz wcześnie zgasłemu młodemu sekundaryjuszowi Drowi Tylce. Poczem nastąpiły sprawozdania urzędników za rok ubiegły. Uchwalono też założenie archiwu Towarz. Lek. W końcu kol. Paszkowski dziękował jeszcze raz zgromadzonym za uznanie i jednomyślność. z jaką go obrali przewodniczącym, a składając swą godność życzy następcy, aby za jego przewodnictwa Towarzystwo jeszcze lepiéj kwitło i rozwijało się.

* Otrzymaliśmy pismo następujące:

Wobec ostatniego listu prof. Adamkiewicza, umieszczonego w Nrze 1 „Przeglądu Lekar." z r. b., zmuszony jestem prosić szanownéj redakcyi o łaskawe zamieszczenie następującego wyjaśnienia. W liście tym prof. Adamkiewicz oświadcza, że dlatego tylko nie uważa za stósowne pokazywać swoje preparaty w Tow. lek. krakow., że już raz je demonstrował w roku 1885. Tymczasem w przebiegu naszéj dyskusyi dla każdego jest rzeczą oczywistą, że obecnie bynajmniéj nie rozchodzi się o te same preparaty, które były demonstrowane w owym czasie, lecz że przeciwnie wobec zarzutów, które pracę prof. Adamkiewicza spotkały, idzie o jeden tylko preparat, z któregoby można było się przekonać, że w nerwie izolowanym pomiędzy dwoma przewężeniami Ranviera prócz ciałka Schwanna istnieją jeszcze inne ciałka, ciałka nerwowe prof. Adamkiewicza; takiego preparatu prof. Adamkiewicz ani na rycinach do prac swoich dołączonych nie podał, ani też, śmiało twierdzić mogę, nikomu nie demonstrował. Jeżeli prof. Adamkiewicz choćby jeden tylko taki preparat publicznie wobec fachowych kolegów w Tow. lek. krakow. lub w Akademii Umiejętności pokaże, to otwarcie się przyznam do błędu z mojéj strony i oddam słuszność odkryciu prof. Adamkiewicza składając w ten sposób dowód, że wyłącznie w interesie prawdy naukowéj przeciwko temu odkryciu wystąpiłem. Sądzę, że również prof. Adamkiewicz, jeżeli takiego preparatu przedstawić nie jest w stanie, odda słuszność moim wywodom i w ten sposób, odpowiadający godności nauki, sprawę zakończymy. *N. Cybulski.*

* Jako rzadki dowód uznania zasług lekarza zapisać należy fakt, że Duma miejska (Rada) w Petersburgu uchwaliła wychować własnym kosztem czterech synów pozostałych po prof. Dobrosławinie, uwzględniając zasługi położone przez nieboszczyka koło stolicy.

* Otrzymaliśmy 10-ty tom dzieła p. t.: *Index Catalogue of the Library of the Surgeon General's office U. S. Army*, Washington 1889. Tom niniejszy obejmuje wyrazy od litery O aż do nazwiska Pfutsch. Na 1059 stronic in 4-to zawiera tom ten przeszło 7000 nazwisk autorów, blisko 3000 dzieł, 7000 broszur, 14000 tytułów dzieł i 29000 tytułów prac ogłoszonych w czasopismach.

* Na rzecz funduszu wdów i sierót po lekarzach złożyli koll. Dr. Ulanowski z Lublina 2 ruble, prof. Obaliński 2 złr.

* P. Henryk Mattoni, właściciel Giesshüblu, tak w tym roku jak i w poprzednich zaopatrzył lekarzy bezpłatnie w gustownie przyrządzony kalendarz kartkowy. Za jego przykładem poszedł w roku bieżącym i zakład krajowy w Lubieniu.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Budapeszt**. Starszy fizyk miasta Dr. Gebhardt zrzekł się profesury nadzw. Na opróżnioną katedrę histologii patolog. Wydział proponował docenta Pertika i Dra Preissa. — **Gryfija**. W miejscu prof. Rinnego, który przyjął posadę chirurga w szpitalu Elżbiety w Berlinie, powołany został docent Hoffa z Würzburgu. — **Królewiec**. Prof. Hippel z Giessen powołany został na katedrę okulistyki opróżnioną po Jacobsonie. — **Halą**. Dr. Eisler habilitował się jako docent anatomii opisowéj i porównawczéj — **Petersburg**. Drowie Orłów i Kalantavian habilitowali się z chirurgii w Akademii lek. — **Charków**. Docent prywatny Dr. Ponomarew mianowany został nadzw. prof. pedyjatryi.

* Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Stanisław Czapliński rodem z Rzeszowa, Wincenty Łepkowski i Aleksander Rosner z Krakowa.

* **Nekrologija.** Zmarły w Petersburgu prof. Aleksy Dobrosławin wykładał hygijenę w medyko-chir. Akademii, i przedmiot ten znakomicie podniósł już to wykładami swemi, już to licznemi dziełami (z których wspomnę: „Kurs wojskowéj hygieny." „Hygiena, kurs społecznéj ochrony zdrowia)," już też to publicznemi odczytami, działalnością służbową (epidemija w Wetlance, desinfekcya pobojowisk w Turcyi europejskiéj i azyjatyckiéj), wreszcie jako redaktor ross. czasop. „Zdrowie". Był to jeden z najdzielniejszych profesorów Akademii, który przeniósł hygienę na drogę eksperymentalno-chemicznych doświadczeń i utworzył już własną szkołę, wykształciwszy licznych uczniów. Przedwcześnie padł on ofiarą w walce z bakteryjami, którym wypowiedział był zaciętą wojnę; dla nauki i młodzieży będzie to niepowetowana strata. Żył lat 47, a literackich prac pozostawił około 60-iu! *Dr. J. T.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Zdrowiu* Nr. 5: Ciemniewskiego: Epidemija ospy w Warszawie; Pruszyńskiego: Sprawozd. z rozpraw hig. w Paryżu; Bujwida. Rys zasad bakteryjologii. — W *Kronice Lek.* Nr. 12: Hewelkego: Przyp. pseudoleukemii z gorączką okresową. — W *Wiadom. Lek.* zeszyt 17: Kossaka: *Retentio urinae* z powodu *Urethr. membr*; Germaina Sée: Terap. chorób serca. — W *Gazecie Lek.* Nr. 1: Herynga: O wynikach chir. leczenia suchot krtani; Solmana: Przyczynek do kazuist. torbieli kreskowych; Pawińskiego: Niedomyk. zastawek półksiężycowych; w *Medycynie* Nr. 1: Szyszły: Influenza w Warszawie.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Karl SZADEK: Index Bibliograph. Syphilidologiae. III Jahrg. Hamburg et Leipzig, L. Voss, 1889, in 8-vo str. 67. — Dr. Carlos SZADEK: Tratamiento de las ulceras venereas con el ac. salicilico (odbitka z *Revista esp. de oftalm.. dermatol. nc.*) in 8-vo str. 6. — Tenże: Stósowanie potasu sozojodolowego przy lecz. wrzodów (odbitka z *Gaz. Lek.*) in 8-vo str. 4. — M. HEILPERN: Zarys mikrochemii mineralnéj i organicznéj. Warszawa 1890 in 8-vo str. 108 i XX. — Dr. JASSINOWSKY: Die Arteriennaht, Dorpat 1889, in 8-vo str. 102. — 20-th Annual Report of the N. York Ophthalmic and Aural Institute, N. York 1889, in 8-vo str. 27. — Prof. KRATTER: Mittheilungen a. d. forens-Institute zu Insbruck (Odbitka z *Friedreichs Bl.* f. g. M.) Würzburg 1889, in 8-vo str. 27. — Odczyty kliniczne wyd. p. redakcyję *Gazety Lek.* Nr. 12: UNVERRICHTA: Metody terap. w med. wewn. — Dr. NOISZEWSKI: Topotermestesiometr (Odbitka z *Gaz. Lek.* 1889) in 8-vo str. 2. — Tenże: Elektroftalm (Odb. z *Gaz. Lek.* 1889) in 8-vo str. 5.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. B. w B. Na list szan. kolegi odpowiemy dopiero po posiedzeniu komisyi redakcyjnéj odbyć się mającem pod koniec miesiąca.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

OGŁOSZENIE KONKURSU

W celu obsadzenia opróżnionéj posady c. k. lekarza powiatowego, ewentualnie posady c. k. asystenta sanitarnego rozpisuje się niniejszem konkurs do dnia 20 Stycznia 1890 roku.

Kandydaci mają podania swoje zaopatrzone w dowody kwalifikacyjne wymagane ustawą z 21 Marca 1873 Nr. 37. D u. p. niemniej w dowody znajomości języków krajowych, wnieść w powyższym terminie do Prezydyum c. k. Namiestnictwa, mianowicie kompetenci pozostający w służbie państwowéj w przepisanej drodze służbowej, inni zaś przez dotyczące c. k. Sta‹r›stwo, a we Lwowie i w Krakowie przez c. k. Dyrekcyę policyi.

Z Prezydyum c. k. Namiestnictwa.

Lwów, dnia 31 Grudnia 1889. 16—1—1

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 18 Stycznia 1890. Nr. 3.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.
Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.
Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.
Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.
Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.
Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

I. Monoplegia anaesthetica faciei.

Opisał
prof. Dr. Adamkiewicz.

Przez „monoplegia anaesthetica“ rozumiem utratę czucia, rozprzestrzeniającą się na większe obszary, odgraniczoną dokładnie anatomicznie i mającą materyjalną podstawę. Już dawniéj opisałem dwa takie przypadki [1]), mianowicie monoplegiję czucia w zakresie splotu ramieniowego u dziewczyny i utratę uczucia całéj odnogi dolnéj u mężczyzny. Dziś nadarza mi się sposobność opisania nieczulicy ściśle ograniczonéj twarzy, która co do najważniejszych znamion, co do anatomicznego ograniczenia się i co do materyjalnej podstawy tak zupełnie odpowiada wyż wspomnianym monoplegiom odnóg, że nazwę ją *monoplegia anaesthetica faciei.* Nie uważam za stosowne inną dać nazwę cierpieniu, które tu opiszę, już z tego powodu, że, o ile mi literatura porażeń n. troistego jest znana, dotąd nikt jeszcze nie obserwował przypadku niedowładu tylko czuciowych gałęzi obydwu nerwów troistych, przynajmniéj nikt czegoś podobnego nie opisał. Albowiem dotąd publikowane przypadki porażeń n. troistego były albo jednostronne, a wtedy porażone były tak czuciowa, jak i ruchowa część takowego, przyczem występowały jeszcze równocześnie porażenia innych nerwów mózgowych, tak szczególnie przy porażeniu połowiczem postępującem nerwów mózgowych, o którem dopiero niedawno miałem sposobność przypadek dokładniéj zbadać [2]). Albo gdzie porażenia nerwu troistego obustronnie wystąpiły, tam okazały się albo jako częściowe objawy ciężkich cierpień podstawowych, jak *tabes*, a wtenczas były zwykle tylko zaznaczone, w każdym razie nie rozprzestrzeniały się na wszystkie gałęzie n. troistego; albo nie były odosobnionemi porażeniami n. troistego, gdy były samoistnemi sprawami. I tak w przypadku porażenia obustronnego n. troistego opisanym przez Müllera [3]) były porażone nie tylko czuciowe, ale i ruchowe gałęzie. W innym przypadku [1]), opisanym przez tego samego autora, w którym tylko nerwy czuciowe były porażone, obok tego także inne zakresy nerwów czuciowych były zajęte, a mianowicie nerwy tyłogłowia, karku i odnóg górnych.

[1]) *Wiener medic. Blätter* 1887, Nr. 4 i 5. — *Wiener med. Presse* 1887, Nr. 85. — *Wiener med Wochenschrift* 1888, Nr. 14. — [2]) *Wiener med. Woch.* 1882, Nr. 2, 3 i 4.— *Medycyna* r. 1888. — [3]) *Archiv f. Psych. u. Nervenkrankh.* XIV. S. 263.

Przypadek leczony przez kolegę Dra Jeża w Stryju, a obserwowany przezemnie w lipcu r. 1889 był następujący.

Kapitan F. Z., liczący lat 51, z końcem r. 1870 służył jako oficer w Bośnii i w tym czasie był zmuszonym całe miesiące we dnie i w nocy przepędzić pod gołem niebem. Tam przyzwyczaił się podczas wielkich upałów polewać sobie często twarz zimną wodą. Te dwie okoliczności, mianowicie działanie długotrwałe wpływów atmosferycznych z jednéj strony, a z drugiéj zimne oblewania uważał za przyczynę swego cierpienia, które w następujący sposób opisuje.

1. Opis cierpienia przez chorego. Już przed czterema laty, szczególnie wyraźnie jednak dopiero na wiosnę roku 1888, wystąpiło w lewym kącie oka uczucie mrowienia, a późniéj wyraźne swędzenie, które go zmuszało często wycierać sobie oko. Później to uczucie nieprzyjemne rozszerzyło się na lewą powierzchnię nosa i zwolna po upływie mniéj lub więcéj $^3/_4$ roku na oba oczy i obie powierzchnie szczęki górnéj. Zwłaszcza zima dała mu się bardzo we znaki. Zimno bowiem wywołało bardzo dolegliwy palący ból w całéj zajętéj twarzy tak, że chory w mroźnych dniach ważył się tylko wyjść na ulicę, jeśli sobie pierwéj pokrył twarz całą futrem. Około wiosny roku wyż wspomnianego rozszerzyła się choroba i na dalsze części twarzy. Rozszerzyła się ona na czoło i głowę pokrytą włosami aż do szczytu głowy i wreszcie w lecie r. 1889 zajęła także wargę górną lewą, dziąsła lewéj szczęki górnéj i lewą połowę podniebienia. Na samym końcu to dolegliwe swędzenie przeszło i na lewą połowę wargi dolnéj. A w nosie znowu już dawniéj miał uczucie, jak gdyby go kłuły i drażniły małe włoski. To skłoniło go do usunięcia wszystkich włosków z błony śluzowéj nosa, ale nie czuł żadnego polepszenia. Wreszcie wystąpiła wielka skłonność do nieżytów nosa i od czasu do czasu kichanie bardzo dolegliwe.

2. Badanie przedmiotowe. Chory na pozór nie przedstawia najmniejszego znaku jakiéjś sprawy patologicznéj. I skóra twarzy prócz szaro-brunatnéj cery nie okazuje nic niezwykłego. Jest to mężczyzna inteligentny, wesoły, który umie panować nad sobą, średniego wzrostu i silnéj budowy. Przy dokładniejszem badaniu nie można znaleźć u chorego nic innego, jak tylko cha-

[1]) *Ibidem.*

rakterystyczne zaburzenie czucia w twarzy. Badanie za pomocą igły okazuje, że czucie na twarzy jest bardzo znacznie zmniejszone, ba można nawet powiedzieć, że czucia nie ma. Chory na wszelkich obszarach twarzy nie czuł wcale ukłucia szpilką. Co najwięcéj zdawało mu się, że tylko powierzchownie się go dotyka tam, gdzie głęboko szpilkę wkłuto. Tak zachowywała się przedewszystkiem cała lewa połowa twarzy, a mianowicie począwszy od głowy pokrytéj włosami aż do brody. Dokładniejsze granice znieczulonego obszaru skóry były następujące:

Na głowie pokrytéj włosami ostra linia, która ciągnęła się nad lewą połową czoła mniéj lub więcéj przy tylnéj granicy kości czołowéj i prawie równolegle do granicy włosów. Z boku kończyła się nieczulica liniją, która rozpoczynając się od *tragus* ucha szła mniéj lub więcéj równolegle do brzegu szczęki dolnéj i od niej była oddzieloną wąskim, czulnym pasem. Na wewnątrz kończyła się nieczulica, jak to się szczególnie dobrze dało oznaczyć, na dolnym końcu grzbietu nosa, na wardze górnéj, dolnéj i na brodzie ostro w linii środkowéj twarzy. Prawa połowa twarzy była mniéj tak co do rozległości, jak i co do natężenia zajętą. Brak poczucia ukłucia szpilką był jedynie po stronie prawéj na skórze czoła i w okolicy oka. Na szczęce górnéj i na wardze górnéj czucie było tylko przytępione, a na wardze dolnéj już prawie prawidłowe. Co badanie za pomocą szpilki wykazało, dało się stwierdzić i za pomocą innych sposobów badania. I tak w miejscach bardziéj zajętych czucie bólu było bardzo upośledzone tak, że chory w miejscach tych z łatwością znosił najsilniejsze prądy elektryczne, prądy, których na miejscach zdrowych znieśćby nie można. Z utratą uczucia bólu znikła także utrata czucia różnych temperatur. Gdzie znikła percepcyja bólu, tam nie czuł chory ani zimna, ani ciepła. A w tym samym stosunku, w jakim w wyż oznaczonych okolicach twarzy uczucie bólu było lepsze, w tym samym i czucie ciepłoty mniéj było upośledzone. Prócz skóry twarzy i niektóre błony śluzowe głowy były zajęte sprawą chorobową. I tak obie spojówki nie były wrażliwe na zwykłe drażnienia. Tak samo okazało się, że znikło czucie bólu i temperatury w całéj lewéj połowie jamy ustnéj, na podniebieniu, języku, na dnie jamy ustnéj, a oprócz tego język stracił poczucie smaku. Innych zboczeń u chorego nie było. Zwracam na to poszczególnie uwagę, że źrenice dobrze oddziaływały na światło, oczy badane wziernikiem (Dr. Marcisiewicz) zupełnie były prawidłowe, aparat ruchowy i łzowy oka funkcyjonowały prawidłowo, połyk, prawa połowa języka i jamy ustnéj zupełnie były prawidłowe, wreszcie mięśnie żucia były nienaruszone.

3. Rozpoznanie.

1. Istota choroby. U naszego chorego zatem było bardzo znaczne, jeśli nie zupełne porażenie uczucia bólu i temperatury. Szczególną uwagę zwraca na siebie umiejscowienie tego cierpienia. Odpowiada ono dokładnie obszarom obu nn. troistych, szczegółowo obszarowi rozgałęzienia ich gałęzi czuciowych, podczas gdy włókna ruchowe i wydzielnicze tego nerwu prawidłowo funkcyję wykonywały. W szczególności istniała pareza w zakresie czuciowym wszystkich trzech gałęzi n. troistego lewego i pierwszéj i pewnéj części drugiéj gałęzi, gałęzi opatrującéj skórę, a nie gałęzi opatrujących błony śluzowe prawego n. troistego.

2. Siedlisko choroby. W jakiem miejscu swego przebiegu ucierpiały nerwy troiste? To jest dalsze pytanie, na które odpowiedzieć mamy. Jeśli objawy porażenne ze strony jakiegoś nerwu dokładnie odnoszą się do obwodowego anatomicznego przebiegu takowego, w takim razie przyczyna wywołująca to porażenie może znajdować się tylko w trzech miejscach, albo w obwodowych rozgałęzieniach nerwu, albo w jego pniu, albo w jądrze z komórek, z którego włókna tego nerwu biorą początek, krótko mówiąc w obwodowym aparacie tego nerwu. A można było zaraz wykluczyć każde cierpienie centralne u naszego chorego. Gdyż nie można było myśleć o siedlisku choroby w mózgu, ponieważ nie było najmniejszego znaku choroby mózgowéj u niego.

Gdzież więc było siedlisko choroby, czy w jądrach, czy w pniach nerwów, czy w gałęziach obwodowych obu nerwów troistych? Wiele okoliczności sprzeciwiało się przypuszczeniu, że siedlisko znajduje się w jądrach. Jak wiadomo, odchodzą gałęzie czuciowe n. troistych z każdéj strony z trzech jąder daleko od siebie położonych, w ciałku czworaczem, moście i rdzeniu szyjnym. Jak mogły właśnie te jądra być zajęte, a wszystkie w najbliższem otoczeniu leżące tak różne aparaty rdzenia przedłużonego oszczędzone? A gdzie z drugiéj strony należy przypuścić zajęcie jąder i korzeni n. troistych, jak czasem w *tabes* (Pierret, Westphal i inni), tam obraz zajęcia nerwów troistych jest zupełnie inny, jak w naszym przypadku, a mianowicie towarzyszą mu napady bólu i objawy ataksyi. Podobnie jak jądra nie mogły także i pnie nerwów być siedzibą choroby. Gdyż nietylko, że musielibyśmy przypuścić, że działały tu dwie sprawy dokładnie zlokalizowane do obu pni nerwowych, ale te sprawy musiałyby mieć jeszcze tą szczególną własność, że ograniczałyby się jedynie do części czulnych tych pni nerwowych, gdyż gałęzie ruchowe dopiero poniżéj *gangl. oticum* od gałęzi czuciowych r. III *trigemini* się oddzielają. Niepotrzeba na to dowodu, że ogniska chorobowe z takiemi własnościami istnieć nie mogą. Pozostaje nam zatem przypuścić, że siedliskiem choroby były tylko obwodowe rozgałęzienia nerwów troistych. Jeśli tak przypuścimy, to tem samem odrazu pewne właściwości téj dziwnéj choroby znajdą swoje dostateczne wytłómaczenie. I tak wyjaśnia się przyczyna, dla czego tak zwolna choroba rozszerzała się w obwodowym obszarze nerwów troistych i okoliczność, że choroba w zajętym obszarze oszczędziła pojedyncze gałęzie, mianowicie po stronie prawéj całą trzecią gałąź, a z drugiéj gałęzi włókna zaopatrujące błonę śluzową szczęki górnéj. Powoli wykluczać z funkcyi pojedyncze gałęzie pnia nerwowego może tylko taka sprawa, która z większych odległości przechodzi z włókna na włókno, a zatem rozprzestrzenia się w obszarze, w którym włókna nerwowe są już od siebie oddalone. A to następuje tem bardziéj, im bardziéj nerw zbliża się do swych końcowych obwodowych gałązek, podczas gdy włókna nerwowe bliżéj pnia leżą blisko siebie, i dla tego przez szkodliwość, która zajmuje pień nerwu, nie mogą być inaczéj zajęte, jak równocześnie wszystkie razem.

Że sprawa chorobowa, która w obwodzie przechodzi z gałęzi na gałęź z łatwością może jedną lub drugą ominąć, jest tak łatwo zrozumiałem, jak fakt, że choroba, która zajęła pień nerwowy, trudno aby mogła oszczędzić pojedyncze części takowego Za obwodowem siedliskiem choroby przemawiała jeszcze ta okoliczność, że przedewszystkiem skóra była siedliskiem choroby, podczas, gdy nerwy w głębi przebiegające niektórych obszarów, — mianowicie gałązki szczękowe i podniebienne drugiéj gałęzi prawego n. troistego i oba nerwy łzowe, — nie były zajęte. Fakt ten inaczéj wytłomaczyć się nie da, jak tylko w ten sposób, że przyczyny, które wywołały chorobę, były przyrody obwodowéj, i w ten sposób przedewszystkiem musiały zająć skórę z końcowemi gałązkami obu nerwów troistych. Nerwy schorzałe przeniosły następnie sprawę chorobową dośrodkowo na grubsze pnie, z któremi również te gałęzie ich musiały zostać zajęte, które rozgałęziały się w głębszych okolicach. W ten sposób się wyjaśnia, dla czego te części ich pozostały wolne od choroby, w których sprawa chorobowa nie była dość silną, aby w wyż wspomnianym kierunku się posuwać aż do większych pniów.

3. Natura sprawy chorobowéj. Co się tyczy natury procesu, który zajął w opisany sposób nerwy i uczynił je niezdolne do funkcyi, to według doświadczenia należy przypuścić, że to było zapalenie z następowym zanikiem nerwów, *neuritis et atrophia ascendens n. trigemini utriusque.*

Fizyjologia. Obok zajęcia klinicznego budzi nasz przypadek i interes fizyjologiczny. Przedewszystkiem zwracam uwagę na wielką wrażliwość znieczulonéj skóry na działanie zimna. Mamy tu zjawisko, które tem trudniéj jest zrozumiałem, o ile zimno przedewszystkiem działa na gałązki nerwowe kończące się w skórze, i o ile w naszym przypadku właśnie te aparaty końcowe nerwów troistych były schorzałe. Jakie organa pośredniczyły tu w drażnieniu zimna, jeśli zakończenia nerwów były chore, i na czem polegały wrażenia tego drażnienia, które zbyt silnie doszły do wyobraźni? Że uczucie bólu dla drażnień obwodowych może się powiększyć (*anaesthesia dolorosa*), gdy nerw pośredniczący dla tych drażnień jest w swym przebiegu obwodowym przecięty, mogłem wykazać przy innéj sposobności na wybitnym przypadku.[1]) Tutaj trzecia gałąź z powodu nerwobólu jéj została przeciętą. Ale język był po przecięciu *ramus lingualis* tak bardzo czuły na każde dotknięcie, że chory uważał stan nerwobólu za znośniejszy, aniżeli stan po operacyi. Czy może przebiega w nerwie troistym jakiś rodzaj nerwów tamujących czucie, nerwy, które w stosunkach prawidłowych łagodzą drażnienia czuciowe? Czy może istnieją dla każdego rodzaju czucia takie nerwy, gdyż u jednego chorego tylko zimno wywołuje ból w obszarze znieczulonym, u drugiego wywołuje ból dotknięcie lub ukłucie szpilką? A w jaki sposób to drażnienie przenosi się z obwodu do organów centralnych czuciowych, jeśli nerw jest chory lub nawet przecięty? To są pytania, które nasuwają się z wielką energią, pytania te jednak jeszcze długo prawdopodobnie zostaną bez odpowiedzi. Jeszcze nad dwoma objawami musimy się zastanowić, które nasz chory okazywał. Stan prawidłowy obu oczu, pomimo utraty czucia, i utrata smaku na przednich częściach lewéj połowy języka. Tamten przemawia za tem, że zaburzenia w czuciu nie wywołują zmian troficznych w oczach, gdy aparat ochronny ruchowy dobrze funkcyjonuje (hipoteza *Snellena*), a ta okazuje, że nerw troisty jest nerwem smakowym dla przednich części języka. Te wnioski zdają mi się tem więcej usprawiedliwione, o ile podobne spostrzeżenia miałem sposobność zrobić już w innym przypadku.[2]) W tym bowiem przypadku mogłem jeszcze szczegółowo wykazać, że językowi doprowadza nerwy smakowe z n. troistych *chorda tympani*, podczas gdy *ram. lingualis* jest wyłącznie nerwem pośredniczącym w bólu dla tego organu. Wyniki te odpowiadają wynikom, które otrzymał Schiff[3]) u psów. Temu badaczowi udało się tak przez przecięcie drugiéj gałęzi n. troistnego powyżéj *ganglion spheno-palatinum*, jak i przez zniszczenie n. twarzowego w kanale Fallopa zniszczyć poczucie smaku w przednich częściach języka, przez co udowodnił ścisłe stosunki n. troistego do poczucia smaku w przednich częściach języka, przebieg odpowiednich włókien z *ganglion spheno-palatinum* przez *n. petrosus superficialis minor* do *ganglion geniculi n. facialis*, następnie przez *chorda tympani* i *r. lingualis trigemini* do języka. To jednak nie sprzeciwia się temu, że w przypadkach wyjątkowych gałęzie *n. glosso pharyngeus* (*ganglion petrosum, plexus Jacobsonii, chorda tympani, n. lingualis V.*) pośredniczą w poczuciu smaku (teoryja Brückego), gdyż dopiero w nowszych czasach obserwowano przypadek jednostronnego porażenia n. troistego (Dana[1]), gdzie nie było zaburzenia w poczuciu smaku.

Etijologija. Co się tyczy przyczyny opisanego tu cierpienia, nie pozostaje nam nic innego przypuścić, jak tylko momenta podane przez chorego. Skóra twarzy wystawiona na wpływy atmosferyczne i działanie polewań zimną wodą podczas upałów wywołały zapewne sprawy zapalne w nerwach przebiegających w skórze i wypociny do pochewek i w ten sposób *neuritis ascendens*. To przypuszczenie pewnych pytań nie tłomaczy. I tak nie daje nam wyjaśnienia, dlaczego właśnie n. troisty został zajęty chorobą, a nie nerw twarzowy, który się przecież znajdował w tych samych warunkach, co tamten.

Przebieg choroby. Co do dalszego przebiegu choroby niestety nie mogę nic pomyślnego donieść. Przez cały czas mojéj obserwacyi opierała się choroba wszelkim środkom, szczególnie także działaniu wszystkich prądów elektrycznych. O ile wnieść mogę z łaskawie udzielonéj mi wiadomości obecnego ordynaryjusza p. Dra Jeża (Stryj), sprawa rozszerzyła się i na trzecią gałąź n. troistego prawego.

[1]) *Halbseitige fortschreitende Gehirnnervenlähmung. W. med. Wochenschrift.* — [2]) *Ibidem.* — [3]) *Revue medicale de la Suisse romande* 1887, Nr. 1.

[1]) *Journ. of nerv. and ment. diseases* 1886, p. 65.

II. Z pracowni prosektoryjum szpit. powszechnego we Lwowie.

Przyczynki do kazuistyki „Porencephalii."

Podał
Prof. Dr. Longin Feigel,
Prosektor szpitala powszechnego lwowskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

Czwarty okaz, którego rycinę również załączamy, a który różni się wybitnie rozległością i ciężkością zmian znalezionych od poprzednio opisanych przypadków, pochodzi ze sekcyi noworodka płci żeńskiéj, urodzonego w klinice położniczéj Wgo W. prof. Dra Czyżewicza, dn. 11go listopada r. 1889 z 14-letniéj matki wyznania mojżeszowego, a zmarłego w 10 minut po porodzie wśród objawów zamartwicy (*asphyxia*).

Obdukcyja zwłok, wykonana dnia 12-go listopada 1889 r. wykazała: *Defectus cystiformis hemispherae utriusque cerebri, arachnoidea occlusus—Porencephalia.*" Dziecko było płci żeńskiéj, 51 ctm. długie, prawidłowo wykształcone i zbudowane. Czaszka duża, mocno wysklepiona; obwód czaszki 36 ctm.; wymiar prosty 11 ctm.; poprzeczny 9·5 ctm.; ukośny długi 14 ctm.; szerokość barków 12·5 ctm.; oczy ciemne, prawidłowo wykształcone. Pępowina świeża, prawidłowo podwiązana.

W tkance podskórnéj czaszki w okolicy szczytu, ku tyłogłowiu, widać świeżą wybroczynę krwi i galaretowaty obrzęk tkanek, w rozległości małéj dłoni. Kości sklepienia czaszki prawidłowo zbudowane; ciemiączko nieco większe, niż zazwyczaj. Podczas otwarcia jamy czaszkowéj wylewa się z jamy czaszki obfita ilość płynu surowiczego, żywo krwawo zabarwionego. Po odjęciu sklepienia czaszki widać opony mózgowe twarde prawidłowo zbudowane, do kości przyrośnięte; zatoka sierpowata prawidłowo wykształcona. Uderza jednakże natychmiast zupełny brak obu półkul mózgowych. Mianowicie widać na podstawie czaszki oba ciała prążkowane (*corpora*

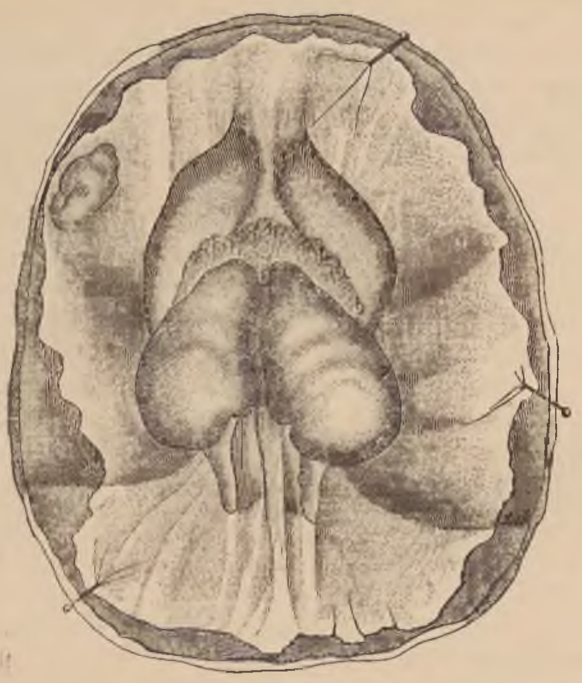


Fig. II.

striata) jako guzy kształtu jajowatego, a raczéj gruszkowatego, z przodu grube, ku tyłowi znacznie cieńsze, 2·8 ctm. długie, a 1·5 ctm. szerokie, z których lewy sięga nieco bardziéj ku przodowi, niż prawy, nieco krótszy. Pomiędzy guzami temi widać szparę podłużną, 0·2 ctm. szeroką i dość głęboką, od przodu ku tyłowi równolegle szeroką. Ku przodowi odchodzą, pokryte błonami miękkiemi, dobrze utrzymane pasma nerwów węchowych (*tractus olfactorii*); z tyłu zaś, tuż za opisanemi guzami, widać czerwono wskutek wypełnienia krwią zabarwione sploty naczyniowe (*plexus chorioidei*), jako utkanie gąbczaste, ciemno-czerwone, które otacza nadto i od boków tylne, zbiegające się cienkie końce ciał prążkowanych. Na zewnątrz od tychże splotów, obejmując takowe, jako też i tylne końce ciał prążkowanych, zaczynają się 2 podłużne wałki istoty mózgowéj pokryte podobnie, jak ciała prążkowane, zgrubiałą wyściółką, które łukowato przebiegają ku środkowi czaszki i ku tyłowi i gubią się nad móżdżkiem w oponie pajęczéj. Ciała te, przedstawiające tylne rogi komór mózgowych, rozdzielone są zatem od ciał prążkowanych opisanemi splotami naczyniowemi. Ciała czworacze (*corpora quadrigemina*), guzy wzrokowe (*thalami optici*), przegroda komór (*septum ventriculorum)* i dalsze części podstawy mózgu brakują zupełnie. Namiot móżdżku *(tentorium cerebelli*) prawidłowo zbudowane, a pod nim widać prawidłowo zbudowany i wielki móżdżek, jako też odchodzący ku dołowi rdzeń przedłużony, podczas gdy most Varola zupełnie brakuje. Pajęczówka *(arachnoidea*) bardzo cieniutka i dlatego podczas otwierania czaszki licznie poprzedzierana, leży pofałdowana na oponie twardéj i utrzymanych częściach mózgu podstawowych, stanowi jednakże zamknięty jednostajny worek, przylegający do opon twardych, a wypełniony opisanym płynem surowiczym, bez wszelkich przegród, listew i t p. W okolicy skroniowéj prawéj widzimy do opon miękkich przyczepiony kawałeczek istoty korowéj mózgu, rozległości pół centa, grubości do 0·3 ctm., jako pozostałość po połkuli mózgowéj prawéj; zresztą widać tu i owdzie na wewnętrznéj powierzchni pajęczówki drobne niteczki, jako też ślady ceglastego barwiku, którym opona ta jest jakby przyprószona. Opona naczyniowa *(pia mater*) zanikła tak, że nigdzie śladu jéj odnaleźć nie można. Wypukłość sklepienia czaszki na boki jest z lewéj strony o blisko 1 ctm. szerszą, niż z prawéj strony. Podobnąż asymetryję wykazują i jamy u podstawy czaszki, mianowicie jama skroniowa (średnia) z lewéj strony jest 5 ctm. szeroką, podczas gdy z prawéj strony wykazuje 4 ctm. szerokości; nadto zaś lewa jama skroniowa jest ku przodowi o 1 ctm. dłuższą i wykazuje tu wymiar 4 ctm., podczas gdy z prawéj strony tylko 3 ctm.; przyczyną téj nierówności jest położenie tylnego brzegu kości klinowéj lewéj o 1 ctm. bardziéj ku przodowi czaszki, niż ze strony prawéj. Kości twarzy nie wykazują żadnego zboczenia.

Oba płuca są przytem doskonale powietrzem rozdęte, poduszkowato miękkie, jasno-różowe, marmurkowane. Na przekroju wydzielają one za uciskiem obfitą, drobnopienistą ciecz surowiczą; pływają też tak w całości, jak pocięte w najdrobniejsze kawałeczki na powierzchni wody. Żołądek i jelita cienkie również wypełnione są powietrzem; kiszki grube zaś ciemno zielonkowatą smołką.

B a d a n i e d r o b n o w i d o w e kawałeczka istoty mózgowéj, przyczepionéj do opon miękkich z prawéj strony czaszki, wykazuje po rozstrzępieniu igiełkami: komórki nerwowe i włókna nerwowe mocno ziarniste i stłuszczone, oraz drobnoziarnistą istotę rozpadową w okrągłych drobinach, obok bryłek i blaszek pomarańczowego barwika.

P i ą t y o k a z wreszcie, okazujący najcięższy stopień opisanego zboczenia, dotychczas znany, pochodzi ze zwłok noworodka płci żeńskiéj, córki M a r y j a n n y K., zmarłéj w 24 godzin po urodzeniu, w klinice Wgo JP. prof. Dra Czyżewicza, z rozpoznaniem klinicznem, „*Atelectasis pulmonum.*“

O b d u k c y j a z w ł o k, wykonana dnia 22 marca 1884 r. wykazała następujące szczegóły: „*Defectus cystiformis totius hemispherae majoris cerebri utriusque et gangliorum basilarium centralium cerebri, cum pedunculis cerebri et ponte Varoli — meninge arachnoidea occlusus et liquore seroso impletus—Porencephalia. Cerebellum et medulla oblongata intacta. Atelectasis pulmonum.*“

Ciało noworodka ze wszelkiemi cechami zupełnego rozwoju. Długość ciała 49 ctm., obwód główki 35 ctm.; wymiar prosty 11 ctm.; poprzeczny 9 ctm.; szerokość barków 12 ctm. Po zdjęciu skóry czaszki i przepiłowaniu kości wylewa się z jamy czaszkowej obfita ilość czystéj cieczy surowiczej. Po odjęciu sklepienia czaszki wraz z oponą twardą, prawidłowo wykształconą i do kości przyrośniętą, pozostaje w jamie czaszkowéj tylko jednokomorowy pęcherz, po części już wypróżniony z płynu i z tego powodu zapadnięty i pomarszczony. Po ostrożnem otwarciu pęcherza tego widać, że obie półkule mózgowe, środkowe zwoje mózgowe podstawowe, pasma węchowe, wyspa i ciała czworacze brakują zupełnie, jamę czaszki wypełnia zaś tylko czysty płyn surowiczy, zamknięty w jednokomorowym pęcherzu, utworzonym z pajęczówki; w miejscu tylnych rogów komór mózgowych widzimy tylko dwa guzki wielkości fasoli, utworzone z utkania nitkowatego, pajęczynowatego, barwikiem złożonym w takowe pomarańczowo-żółto zabarwionego, które przedstawia pozostałości splotów naczyniowych komórkowych (*plexus arachnoidei*). Z tyłu po za temi guzkami i pod pajęczówką widzimy prawidłowo zbudowany namiot móżdżku (*tentorium cerebelli*), pod nim zaś prawidłowéj wielkości i budowy móżdżek, jako też rdzeń przedłużony, podczas gdy most Varola zupełnie brakuje. Strona zewnętrzna pajęczówki, tworzącéj opisany pęcherz, wypełniony płynem surowiczym, jest zupełnie gładka i okazuje dość gęstą sieć nastrzykanych naczyń; ściana wewnętrzna natomiast jest miejscami gładka, miejscami zaś powleczona jest cieniutką, delikatną błoneczką lekko strzępiastą i wsku-

tek złożonych w niéj złogów barwikowych tu i owdzie pomarańczowo-żółto zabarwioną; nadto zaś występują w ścianach opisanego worka łukowate linije, przypominające rysunkiem swym przebieg zwojów mózgowych; nie widzimy zaś żadnych przegród, przedziałek, listew itp. w owym pęcherzu. Nerwy wychodzące z jamy czaszki, o ile to dostrzedz można, są prawidłowo umiejscowione i zbudowane.

Oba płuca były powietrzem dokładnie wypełnione, gąbczaste, puchowate, marmurkowane, blado-różowe, w tylnych dolnych częściach zaś sinawe. Na przekroju wszędzie trzeszczą i wydzielają obfity płyn drobnopienisty. Żołądek i jelita również powietrzem wypełnione. Budowa innych organów bez widocznych zmian patologicznych.

Pomimo ogromnéj różnicy, jaką pojedyncze opisane przez nas przypadki, porównane ze sobą, przedstawiają, widzimy we wszystkich utrzymane znamię charakterystyczne dla t. zw. porencefalii, polegające na zupełnym braku pewnéj części wypukłości półkuli mózgowéj wielkiéj, obejmującym zawsze tak zwany płaszcz mózgowy, chociaż w jednych przypadkach brak zaledwie cząstki istoty korowéj i małéj cząstki istoty białéj, w innych zaś przypadkach brak zajmuje prawie całą grubość półkuli mózgowéj, aż do wyściółki komórek mózgowych, która albo jest jeszcze utrzymaną, lub też, jak w naszym drugim i trzecim przypadku, jest na pewnéj przestrzeni zniszczoną tak, że brak w półkuli mózgowéj łączy się (komunikuje) z komorami mózgowemi. Nigdy natomiast ograniczony taki brak nie dotyczy wyłącznie istoty białéj mózgu i nie ogranicza się do takowéj, podobnie, jak nie spostrzegano dotychczas nigdy, ażeby braki podobne występowały od strony wewnętrznéj, od strony przegrody półkul mózgowych, co się też i na naszych trzech pierwszych przypadkach stwierdza. W innych przypadkach, jak to widzimy na naszych dwóch ostatnich przypadkach, które stanowią osobną kategoryję pomiędzy przypadkami, nazwanemi wspólnem mianem porencefalii, brak dotyczy istoty całéj, lub obu półkul mózgowych tak, że tylko podstawowe zwoje są utrzymane; lub też wreszcie, jak to widać w naszym piątym przypadku, brakuje nie tylko obu półkul mózgowych, lecz i zwojów podstawowych, wyspy, ciała czworaczego i mostu Varola tak, że tylko móżdżek jest utrzymany. Przypadki tego ostatniego rodzaju stanowią już przejście do t. zw. anencefalii częściowéj; z powodu jednakże wspólnéj wszystkim znanym przypadkom porencefalii przyczyny powstania, polegającéj, jak to zobaczymy, nie na braku rozwoju, lecz na innych sprawach chorobowych, zaliczamy i tak rozległe braki do t. zw. porencefalii. Nadmienić winienem, iż przypadki ostatniego rodzaju są z pomiędzy wszystkich postaci porencefalii najrzadszemi, o ile mi bowiem wiadomo, dotychczas opisanych zostało tylko 5 podobnych przypadków do naszego 4-go przypadku, a to: 1 przypadek przez Heschla, 2 przez Cruveilhiera, 1 przez Kundrata i 1 przez Klebsa, w których to wszystkich przypadkach były części podstawowe mózgu, zwłaszcza zaś ciała prążkowane i guzy wzrokowe utrzymane; przypadek zaś podobny, jak nasz 5-ty okaz, w którym i te części mózgu wciągnięte zostały w zanik i zupełny ich brak, o ile mi wiadomo, dotychczas wcale nie został opisanym.

Braki porencefaliczne częściowe, podobne do braków opisanych w naszych trzech pierwszych przypadkach, wytworzyć się mogą, jak to badania wykazały, bądź w czasie życia płodowego, są więc wrodzone, lub też wytwarzają się dopiero po urodzeniu, w ciągu życia, są więc wtedy nabyte; natomiast braki tak rozległe, jak w naszym przypadku 4-tym i 5-tym, mogą wytworzyć się jedynie w czasie życia płodowego już z téj prostéj przyczyny, ponieważ życie pozapłodowe nie mogłoby istnieć, zanim podobne zmiany by się wyrobiły i zakończyły, podczas gdy dla życia i rozwoju płodu brak mózgu jest bardziéj obojętnym i może on, jak doświadczenie poucza, wykształcić się zresztą zupełnie prawidłowo, pomimo braku zupełnego nawet całego mózgowia.

W przypadkach pierwszego rodzaju różnica wrodzonych takich braków, od nabytych w ciągu życia, polega wedle Kundrata głównie na ułożeniu zwojów mózgowych w najbliższem otoczeniu i na bocznych ścianach istniejącego braku: mianowicie widzimy we wszystkich wrodzonych przypadkach, tak jak w naszym 2-gim i 3-cim przypadku, iż zwoje mózgowe zbiegają się ku brzegom istniejącego braku wachlarzowato, czyli gwiazdkowato, zaginają się na samym brzegu nagle ku jamie saméj i przebiegają daléj zbieżnie ku głębi otworu, tworząc w ten sposób boczne ściany lejkowatego otworu. Pokryte one są w całym swym przebiegu oponą mózgową naczyniową (*pia mater*) tak daleko, jak daleko sięga istota szara; w przypadkach zaś komunikacyi istniejącego braku z komórkami mózgowemi naczyniówka dochodzi aż do wyściółki komór (*ependyma*), gdzie kończy się bliznowatym wąskim rąbkiem; pajęczówka (*arachnoidea*) zaś rozpiętą bywa w postaci przepony leżącéj w poziomie powierzchni półkul mózgowych nad otworem braku, lub też kończy się wyraźnym rąbkiem około brzegów otworu. Ułożenie takie zwojów rzadko tylko i tylko w nieznacznym stopniu widzimy w przypadkach nabytych tego rodzaju; zwykle zaś zwoje mózgowe przebiegają w tych ostatnich przypadkach około otworu istniejącego w sposób zupełnie prawidłowy, jak to widać w naszym 1-szym przypadku, lub są tylko o tyle zmienione, że są nieco ze swego położenia wyparte i ścieńczałe; na samym brzegu otworu kończą się one nagle, jakby były ucięte i tworzą na samym brzegu otworu rąbek nieco wystający ku jamie, cienki i bliznowaty, na którym kończy się i naczyniówka, podczas gdy boczne ściany braku tworzy tylko istota biała, zwykle powleczona błoną wrzekomą z tkanki łącznéj, obfitującéj w naczynia i często pigmentowaną, która wejrzeniem podobna jest do naczyniówki. Szczegół ten rozpoznawczy jest tak stałym, iż w każdym przypadku zdołamy po nim rozróżnić przypadki tego rodzaju nabyte (jak nasz 1-szy przypadek) od przypadków wrodzonych (jak nasz 2-gi i 3-ci przypadek).

Ważnem jest w przypadkach tego rodzaju pytanie, do jakich spraw chorobowych odnieść powstanie opisanych braków? Według Kundrata przypadki braków takich nabyte w ciągu życia polegają na rozmaitych postaciach zapalenia istoty mózgowéj (*encephalitis*); sprawy te chorobowe podobne są do przypadków rozmiękczenia, jakie napotykamy u starszych osób w rozmaitych częściach mózgu, tak w istocie korowéj, jak w istocie białéj, najczęściéj w małych ogniskach, czasami jednak rozpostarte i na całą jedną półkulę mózgową. Ważną jednak jest okoliczność, iż najczęściéj nie mamy w przypadkach takich do czynienia z zatkaniem naczyń, zatorem lub zakrzepicą (*embolia* lub *thrombosis*), lecz tylko ze zwężeniem światła naczyniowego wskutek zapalenia lub stwardnienia ścian naczyniowych (*arteriosclerosis*), obok osłabienia czynności serca, które współdziałając prowadzą do coraz to bardziéj niedostatecznego odżywienia, wreszcie zaś do obumarcia i rozpadu istoty nerwowéj. (C. d. n.)

III. Z kliniki prywatnéj chorób kobiecych A. Martina w Berlinie.

Sródbłoniak jajnika.

Skreślił
Dr. J. Pomorski
asystent kliniki A. Martina.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2.)

Eckardt [1]) zestawia pięć śródbłoniaków jajnika, znanych w literaturze i dodaje jeden nowy przypadek.

Stały, eliptyczny guz lewego jajnika ma dwie wypukłości. Jedna z nich, wielkości pięści dwuletniego dziecka, odłączona rowkiem łączno-tkankowym od całości, jest skórzakiem, mieszczącym w sobie włosy, zęby; druga wypukłość, o wiele mniejsza, okazuje na przekroju sinożółtą istotę móżdżkową. Całość zaś nowotworu ma układ nieregularnéj, rozpadłéj siatki, w któréj znajdują się małe i wielkie przestwory torbielowe. Ostatnie zawierają prawie wszędzie jeszcze płynną, ciemną krew. Na obwodzie nowotworu występują guzy i smugi tej saméj istoty ciemnożółtej, jaką zawiera wypukłosć.

Drobnowid wykazał gruczołowate, pałeczkowate i okrągłe, oczkowate przestwory, zapchane komórkami, i prawie siatkowate podścielisko z naczyń włosowatych albo z wielkich jam krwistych, w których znajdują się jeszcze bardzo dobrze zachowane. albo też już zniszczone ciałka krwi, albo też tylko skrzepy włóknikowe. Z naczyń więc włosowatych wychodzi początek rozwoju nowotworu, ich bowiem śródbłonek buja na zewnątrz a przedewszystkiem na wewnątrz. Bujaniny te zapełniają światło naczyń włosowatych, a rozszerzając je pałeczkowato albo lejkowato, przemieniają je na przestwory krwiste, w których rozróżniać można w środku osiowy sznurek z ciałek, a nad brzegiem worek gruczołowaty z grubego pokładu komórek.

W drugim jajniku zawierają kolumny komórkowe w środku zawsze przestwór, krwią zapełniony i nie odgraniczają się żadnym śródbłonkiem od sąsiedniego, łącznotkankowego podścieliska. We wielkim guzie znajdowała się także szklista granica pomiędzy łączno-tkankowem podścieliskiem a kolumnami komórkowemi.

Po dokładnem i jasnem przedstawieniu Eckardta musimy teraz przyznać, iż oprócz śródbłoniaków szczelin limfatycznych, jakie spostrzegali w jajniku Leopold, Marchand i Fleischlen, zdarzają się także śródbłoniaki naczyń włosowatych, dlatego też podział jego na „*Endothelioma lymphaticum*“ i „*Endothelioma intravasculare*“ uważamy za bardzo udatny.

Z własnego doświadczenia przytaczam jeden przypadek, który zaliczać trzeba do rodzaju nowotworów, opisanych przez wyżéj wymienionych badaczy. Nowotwór ten wydobył przez laparotomię czcigodny mój szef A. Martin i oddał mi go łaskawie do anatomicznego zbadania.

Wywiady. Pacyjentka 49-letnia narzekała od dłuższego czasu na boleści w prawym boku. Cierpienia wzmogły się w ostatnich czasach tak bardzo, iż pacyjentka musiała szukać pomocy w zakładzie Martina, straciwszy na wadze przeszło 20 funtów. Miesiączkę miała od 16-go roku regularną, nawet obfitą, przez 3 do 6 dni i bez wszelkich bólów.

Ostatnia miesiączka nastąpiła przed pięciu kwartałami. Pacyjentka rodziła cztery razy, nie poroniła nigdy. Połóg odbywał się zawsze prawidłowo. W ostatnim czasie brak apetytu i zatwardzenie. Mocz odchodzi bez boleści.

Stan obecny: Dosyć zwiędła, gorączkująca pacyjentka, źle ożywiona z zanikiem tłuszczu podskórnego. Pochwa szeroka, luźna. Macica mała, wyprostowana, na lewą stronę miednicy wyparta, leży w tyle na kości krzyżowéj. Po prawéj stronie macicy leży guz wielkości głowy dziecięcia, silnie naprężony o gładkiéj powierzchni. Tylko u góry można namacać nieregularne twarde, wystające wyniosłości. Nowotwór ten zajmuje prawie całą prawą stronę miednicy małéj, daje się wprawdzie bardzo mało poruszać, ale za to można go zupełnie odłączyć od macicy.

Przez wziernik widać normalną szyjkę i normalną błonę śluzową pochwy.

Rozpoznanie Nowotwór prawego jajnika. 15/1 89. Laparotomia. *Ovariotomia dextra.*

Po przecięciu ściany brzusznéj w linii białéj przedstawia nam się narośl wielkości głowy dziecka, okryta zupełnie siecią wielką, która po części tworzy silne zrosty, a przedewszystkiem w dolnych częściach guza. Najpierw rozrywa się zrosty, albo podwiązuje je w małych partyjach. Przytem pęka narośl w jednem malem miejscu, a z niej wylewa się płyn żółty, niezmiernie cuchnący, krzepnący zaraz z powodu oziębienia (tłuszcz). Przekłuwając narośl troakarem Potaina wydostawa się z nowotworu bardzo małą tylko ilość płynu. Przystępuje się więc do tępego odłączenia narośli od zrostów, a przedewszystkiem od licznych zrostów z jelitami. Udaje się to macipulacyją, lubo z wielu trudnościami, przytem bowiem pęka nowotwór w kilku innych miejscach. Wreszcie podwięzuje się szypułkę narośli w bliskości prawego więzu szerokiego i odcina się ją przy szypułce.

Przy dokładnem rozpatrzeniu się na polu operacyjnem pokazuje się, że nowotwór jest złośliwie zwyrodniały w miejscu zrostów z jelitami i że kiszka cienka pękła przy wyłuszczaniu w objętości mniéj lub więcéj jednéj marki. Z otworu tego występuje naturalnie zaraz kał. Otwór zaszywa się w dwóch miejscach katgutem, a inne miejsca przedarcia błony surowiczéj kiszki cienkiéj szwem kuśnierskim. Niektóre krwawiące jeszcze miejsca dotyka się gąbką zamaczaną w olejku terpentynowym, poczem krwawienie zupełnie ustaje. Następuje dokładne oczyszczenie jamy brzusznéj i wtłoczenie kiszek w jamę brzuszną (*reinventratio*), ponieważ takowe podczas operacyi z jamy wypadły. Usuwa się jeszcze po pierwotnem podwiązaniu kawałek sieci, w któréj znajduje się twarde, nasiąknięte miejsce, a potem zamyka się ścianę brzuszną. Pasemka zrostowe w okolicy głębi pęcherza wszywa się w dolny kąt rany brzusznéj. Opatrunek z gazy jodoformowéj i waty. Operacya trwała 35 minut.

Pacyjentka umarła w trzecim dniu po operacyi wskutek ropnego zapalenia otrzewny. Sekcyja wykazała wielką jamę po za dolnym kątem rany brzusznéj, odgraniczoną kilku zlepionemi pętlicami trzew od reszty otrzewny, zajmującą całe pole operacyjne i napełnioną śmierdzącą, z krwią zmięszaną ropą. Zeszyte rany kiszek są dobrze zlepione, ale naokoło pokryte grubym pokładem ropno-włóknikowym. Miąższowe zapalenie (zmącenie) wszystkich innych narządów. Obustronne wodniste rozszerzenie nerek (*Hydronephrosis*). Opuchnięcie lekkie gruczołów chłonnych, leżących po za otrzewną.

Rozpatrując się dokładnie w narośli, któréj charakter złośliwy rozpoznaliśmy już podczas operacyi, przychodzimy do następnego rezultatu: Guz wielkości głowy dziecka o średnicy 15 cm., naprężony, kulisty, nie posiada żadnéj otoczki otrzewnowéj, ma zresztą gładką i w niektórych tylko miejscach włóknikowemi płatami okrytą powierzchnię. Ściana składa się we większéj części z tkanki łącznéj u podstawy tylko narośli; w obwodzie dłoni mężczyzny jest twarda zgrubiałość, z powodu czego podstawa narośli wygląda guzowato i wypukle. Część tylnéj ściany, gdzie były zrosty z jelitami i gdzie nastąpiło naddarcie narośli, pokryta jest gąbczastemi brodawkowatemi bujaninami, cała podstawa jest rozszarpana z powodu zrostów, tkanina jest miękka, krucha i jakoby spróchniała. Na lewéj stronie wiszą jeszcze szczątki odciętego więzu szerokiego z małym kawałkiem jajowodu. Na przekroju widzimy okrągłą ścianę grubości 8 mm., w miejscu zaś stwardnienia grubości 1 ½ centymetra, ostatnia część stanowi prawdopodobnie szczątki zwyrodniałego jajnika.

Ze zawartości narośli wiele już ubyło przy operacyi w kształcie tłustéj, kaszowatéj, brudnéj, żółtawéj masy, ścinającéj się w zimnie; pozostała jeszcze w jamie nowotworu bryła wielkości jaja gęsiego, utworzona ze zlepionego tłuszczu z włosami. Wewnętrzna ściana narośli jest chropowata, szorstka, rozszarpana.

Cała ściana składa się makroskopijnie z trzech łącznotkankowych blaszek, które zamykają skórzaka (*Dermoid*)

[1]) *Über endotheliale Eierstocktumoren. Z. f G. u. Gyn.* XVI 2 *Heft.*

tworząc niby otoczkę dla niego. Blaszki powstały zaś prawdopodobnie z przerośniętéj białéj otoczki jajnika (*ex hyperplasia albugineae*). Wewnętrzna blaszka, jako najwęższa warstwa, o wejrzeniu żółtawo-szarem, ze żółtéj, przeplatającéj się nawzajem tkanki łącznéj, odgranicza dobrze jeszcze zachowaną otoczkę od gnijącéj już stłuszczonéj treści wewnętrznéj.

Gdy jednak w największéj części obwodu wszystkie trzy warstwy otoczki przebiegają współśrodkowo, wnika u podstawy pomiędzy zewnętrzną a wewnętrzną warstwą nowa, miękka, móżdżkowa, biało-sina istota, która tkankę łączną w ten sposób przerasta, iż powstają w ostatniéj guzy i pręgi mniejszych lub większych rozmiarów i wytwarzają układ oczkowaty. Wielkie bowiem pasma włókienkowe, które wychodzą z blaszki zewnętrznéj, gdzie ułożone były we wiązki włókienek równoległe i bezkomórkowe, a dążą do blaszki średniéj, rozwłókniają się z powodu przerostu nowéj móżdżkowéj masy i wytwarzają nowe siatkowate podścielisko dla okrągłych, kolankowych, torebkowych oczek. Miejscowo idą włókna wprost promienisto ku środkowi nowotworu; tu łączą się pomiędzy sobą i pozostawiają pomiędzy promieniami owalne i podłużne, delikatne szczeliny. Z całego utkania można wycisnąć miękki, gęstawy sok. Ta żółto-biaława masa móżdżkowa, zawarta w szparach guzowatości u podstawy nowotworu, ciągnie się daléj wśród środkowéj blaszki otoczki w kształcie delikatnych smug i torebek. Z powodu tego też posiada średnia warstwa otoczki delikatne, łącznotkankowe, spilśniające się siatkowate podścielisko, z którego oczek, równie jak z guzów na podstawie wycisnąć się daje kaszowata, żółta i żółtawo-czerwona, miękka masa. Nigdzie jednak nie znalazłem w tej części, którą uważam za resztkę jajnika, ani pęcherzyków (*folliculi*) ani ciałek żółtych, ani innego zresztą śladu jajnika

Badanie drobnowidowe wybujałości brodawkowatych na powierzchni i w częściach miękkich nowotworu wykazało utkanie składające się z oczkowatych przetworów, zapełnionych komórkami, pośród drobnego, delikatnie prążkowanego łączno-tkankowego podścieliska. Komórki były wielkie, okrągłe, maczugowate, także podobne do cylindrycznych, jednem słowem różno-kształtne, z szeroką przejrzystą protoplazmą i dobrze odróżniającém się ziarnistem jądrem. Niektóre były zlepione ze sobą, tak iż granic pojedynczych komórek rozróżnić nie było można. Oprócz tego pływały na polu obserwacyjnem resztki komórek, to znowu wrzecionka, a nawet całe wiązki włókienek równolegle do siebie ułożonych. (C. d. n)

IV. Dermoplastyczna amputacyja stopy

podał

Dr. Józef Bogdanik,

prymaryjusz szpitala powszechnego w Biały.

W przypadkach wrzodów podudzia, znaczną zajmujących przestrzeń, sięgających głęboko, na około których modzelowato zgrubiała skóra niemal całe podudzie zajmuje, nie pozostawał inny ratunek jak amputacyja podudzia. Keetley pierwszy 1885 r. w jednym z takich przypadków dokonał modyfikowanéj amputacyi Symego w ten sposób, że ostrą łyżeczką Volkmannowską odświeżony wrzód po odpiłowaniu kostek kości pod. dzia i wyłuszczeniu kości stopy pokrył zupełnie płatem wziętym z podeszwy, nie zeszywając brzegów rany, a chory w 6 tygodni po operacyi zaczął chodzić (*The Lancet* 1885 28/10 987); Barącz w roku 1886 w szpitalu powszechnym we Lwowie w podobny sposób amputował z tą różnicą, że płat również z podeszwy wzięty do brzegów wrzodu przyszył; w cztery dni późniéj atoli musiał podudzie amputować wskutek zgorzeli całego płatu (*Przegląd Lekarski* 1887 Nr. 6).

Modyfikacyją téj amputacyi nazwać można przez Rydygiera tak nazwaną osteodermoplastyczną amputacyję stopy, którą z pomyślnym skutkiem wykonał w roku 1888. Modyfikacyja na tem polega, że zamiast amputacyi Symego dokonał resekcyi Pirogowa i również płatem z podeszwy wziętym pokrył odświeżone dno wrzodu i brzegi rany zeszył. (*Przegl. Lek.*, 1888 Nr. 26). Nie wiadomo mi, jak długo trwał czas leczenia, sposób ten w przypadkach ku temu przydatnych zasługuje jednak na pierwszeństwo ze względu na mniejsze skrócenie kończyny i mniejsze niebezpieczeństwo obumarcia płatu podeszwowego.

Przy nadarzającéj się sposobności chciałem pójść za przykładem Rydygiera, ze względu na odmienne stosunki atoli poszedłem jeszcze daléj, przez co uratowałem kończynę dolną w całéj długości.

J. P. robotnik z fabryki sukna w Bielsku, rodem z Jaworza na Szląsku austryjackim, liczący lat 35 zgłosił się d. 17/9 1888 r. do szpitala powszechnego w Biały z wrzodami podudzia, prosząc o amputacyję, tak samo jak chory Keetleya, bo był niezdolnym do pracy i cierpiał na znaczne bóle. Skóra na całem niemal podudziu prawem modzelowato zgrubiała wysoko sterczy na około brzegów wrzodów i tworzy twardy wał okalający brzeg stopy. Po zewnętrznéj stronie stopy jest nieco skośnie ku dołowi i naprzód przebiegający wrzód na 3 cm. powyżéj podeszwy i sięgający 15 cm. ku górze, zaś po stronie wewnętrznéj jest wrzód około 10 cm. długi. Oba wrzody na przedniéj powierzchni podudzia niemal się schodzą, a w okolicy ścięgna Achillesowego pozostaje 5 cm. szeroki pas zgrubiałéj skóry.

W dniu 19/9 1888 r. dokonałem dermoplastycznéj amputacyi przy pomocy kolegów Kupki, Senfta i Tauba. W głębokiéj narkozie założyłem pasek Esmarchowski, okoliłem wrzody głębokiemi cięciami i odświeżyłem dna wrzodów. Cięcia zeszły się z przodu mniéj lub więcéj w środku po nad stawem skokowym. Od tego punktu przedłużyłem następnie cięcie przez całą grubość skóry w prostéj linii przez grzbiet stopy ku zewnętrznéj powierzchni palca drugiego (między drugim a trzecim palcem). Teraz wyłuszczyłem ze skóry mięśnie i kości stopy, dokonawszy enukleacyi w stawie Chopartowskim i to tak, że cała skóra stopę i palce pokrywająca pozostała w związku z skórą podudzia wąziutkim paseczkiem po nad ścięgnem Achillesa. Przekonawszy się teraz, że skóra jeszcze nie wystarczy na pokrycie całego ubytku, odciąłem piłką część kości skokowéj i piętowéj (*talus* i *calcaneus*). Po zwolnieniu paska Esmarchowskiego podwiązałem tryskające naczynia, przyczem zarumienił się cały płat, oczyściłem całą powierzchnię ranną $^1/_2$ ‰ roztworem sublimatu, przyprószyłem z lekka jodoformem, a potem pokryłem dno wrzodu, o ile się dało, płatem skórnym z podeszwy, grzbietu stopy i palców. Mniejszy wrzód po stronie wewnętrznéj dał się omal zupełnie pokryć, z wrzodem po zewnętrznéj stronie została około 5 cm. długa płaszczyzna nie pokryta skórą. Brzegi płatu przyszyłem katgutem chromowym do brzegów wrzodów, pozostawiając sączki w okolicy obu kostek i założyłem opatrunek jodoformowy. Operacyja łącznie z narkozą i opatrunkiem trwała 105 minut, przyczem spotrzebowano 100·00 mięszaniny chloroformu i eteru siarczanego w równych częściach. Wymiotów ani podczas operacyi ani po niéj nie było.

Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy, najwyższa ciepłota bowiem była trzeciego dnia po operacyi 38·8°C. i tego dnia mocno krwią przesiąknięty opatrunek zmieniłem po raz pierwszy. Dnia 28/9, to jest dziewiątego dnia po operacyi, musiałem odciąć małe przybrzeżne części płatów z powodu zgorzeli, odtąd też używałem do zmywań przy zmianie opatrunków 5% roztworu chlorku cynkowego. Wrzód po stronie wewnętrznéj był całkiem wygojonym w dniu 18/11, zgrubienie podudzia całkiem ustąpiło. Gojenie się wrzodu drugiego po stronie zewnętrznéj trwało znacznie dłużéj, chory bowiem domagał się koniecznie amputacyi podudzia, oświadczając, iż z taką końską nogą do domu nie pójdzie. Dalsze leczenie tedy było dla mnie próbą cierpliwości, gdyż chory starał się niweczyć zabiegi moje uderzając kikutem o krawędź łóżka. Ileż to razy zastałem opatrunek krwią przesiąknięty przez takie postępowanie. Przeszło pół roku z uporem walczyłem, przyczem się przekonałem, iż płat skóry opór stawiał gwałtowi zewnętrznemu i tylko niepokryta skórą część

wrzodu zewnętrznego nadwerężyć się tym sposobem dała. A gdy już wrzód prawie całkiem był zabliźnionym, jeszcze po raz ostatni samochcąc zranił sobie chory skórę zdrową powyżéj wrzodu zewnętrznego na przestrzeni paznogcia. Zniecierpliwiony wypuściłem go z tą raną ze szpitala dnia 12/6 1889 r. Pięta jego przy chodzeniu przechyla się dość mocno ku tyłowi; późniéj jednak od żony jego się dowiedziałem, iż się wreszcie ze swoim losem pogodził i dość dobrze bez kija chodzi.

Nie ulega więc wątpliwości, iż w wielu razach, gdzie dawniéj dla wrzodów podudzia wykonywano amputacyję podudzia, jużto dermoplastyczną amputacyję podudzia według Keetleya, jużto osteodermoplastyczną resekcyję według Rydygiera, jużto jakąkolwiek inną amputacyję stopy z oszczędzeniem całéj skóry wykonać można. Ja ze swéj strony jednak powstrzymam się od tych zapędów u osób umysłowo mało rozwiniętych, a to z tego względu, że leczenie następowe po amputacyi mniéj przedstawia trudności i że dla tych ludzi większy lub mniejszy ubytek żadnéj nie czyni różnicy.

Już po napisaniu niniejszego artykułu odwiedził mnie mój chory zrobiwszy drogę pieszą przeszło półtora milową. Szedł wcale dobrze. W miejscu skaleczenia własnowolnego, z którem go ze szpitala wypuściłem, jest wrzód 6 cm. w średnicy mający, mocno cuchnący. Rozpadła się blizna po stronie zewnętrznéj; przeszczepiony płat skóry postawił opór.

V. Z praktyki prywatnéj.

Przyczynek do leczenia duru brzusznego.

W roku 1840 zalecał Sauer jodek potasowy w durze brzusznym, po nim inni łącząc jod z jodkiem potasowym, jak Willebrand, a wreszcie Jeleński (*Berl. kl. Wchschrft* r. 1883, str. 162) podawać radzi jodek potasu 0,15 gm. co 2 godziny od końca pierwszego tygodnia. Liebermeister, w zbiorowem dziele Ziemssena w rozdziale o leczeniu duru brzusznego, wspominając o jodzie, pisze: „aber die Mortalitaet war eine geringere“.

Każdy z nas lekarzy na prowincyi rzadko zderza się z przypadkami duru (jak i wszelkiéj innéj choroby), któreby można systematycznie leczyć, n. p. kąpielami lub innemi zabiegami. Zwykle praktyka kończy się na dwu lub trzykrotnem odwiedzeniu chorego (w najlepszym zaś razie, gdy chory ma zaufanie do lekarza i leczenia, oprócz wizyt u chorego, ktoś z rodziny jego donosi o stanie zdrowia codziennie lekarzowi), chyba, że chory jest w miejscu zamieszkania lekarza, lub że należy do klasy zamożniejszéj. O zastosowaniu więc w takich razach tak dzielnego środka jak kąpiele myśleć trudno, wobec z jednéj strony niemożności kontrolowania tychże i stanu chorego, a z drugiéj strony często braku najpotrzebniejszych naczyń, jak wanny.

To też od r. 1883 używam jodu w postaci jodku sodu w leczeniu duru brzusznego i obecnie po latach sześciu doszedłem do następujących wniosków: 1) jodek sodu podawać należy od początku choroby; w nagminnie występującym durze podaję go zaraz po zwiastunowych objawach u świeżych chorych; 2) czas trwania choroby był w 40% krótszym od zwykłego przebiegu; 3) im większa gorączka i im cięższe przypadłości ogólne duru, tem większe dawki dzienne; 4) należy podawać aż do 10 go dnia bezgorączkowego; 5) wiek i płeć nie stanowią przeciwwskazania w podawaniu jodu. Toż samo i objawy początkowéj gruźlicy płucnéj; 6) krwotoki jelitowe z początkiem leczenia nie stanowią bynajmniéj przeciwwskazania w podaniu jodu, w takim razie dodaję tylko nastoju makowcowego.

Obok tego stosuję okłady zimne na brzuch; rzadko bardzo potrzeba było uciekać się do leków wzmacniających czynność serca, z tych obok wyskoku lub wina najlepiéj działał nastój strofantu, podawany 5 do 10 kropli 3 lub 4 razy dziennie przez 1 do 3 dni. Za pożywienie podawałem tylko mleko słodkie i kwaśne, dozwalając chorym i dwa do trzech litrów wypijać na dobę, gdy tylko chcieli i mogli.

Co do skutków leczenia były one następujące: na 361 przypadków leczonych jodem, zaledwie 17, z których wszyscy ozdrowieli, przebiegało ciężko t. j. z gorączką przechodzącą 41° C., z utratą przytomności i majaczeniami oraz objawami osłabienia serca. Z ogólnéj liczby chorych zmarło 17, z tych dwoje chorych ze znacznemi zmianami gruźlicy w płucach lub innych trzewach, dwie ciężarne, jedna w 3-im miesiącu, druga 5-tym miesiącu ciąży, obie po poronieniu, dwoje skutkiem perforacyi jelita po grubym błędzie w dyjecie, reszta skutkiem porażenia serca, a tu wliczam i te przypadki, które jako beznadziejne objąłem w leczenie. Reszta chorych t. j. 344 przedstawiało przebieg bądź ciężkiego, bądź też średnio ciężkiego lub lekkiego duru.

Z pojedynczych objawów chorobowych: gorączka oprócz powyżéj przytoczonych 17 ciężkich przypadków nie przechodziła 40·5°C. i bardzo rzadko przybierała postać ciągłéj (*febr. continua*), rychło przechodząc w *febris remittens* i *intermittens*. Ból głowy bywał zwykle mały i znośny, sen dość spokojny bez podawania jakiegokolwiek środka nasennego; ból w rękach i nogach oraz krzyżach po kilku dniach ustawał. Język oczyszczał się dość rychło, nigdy jednak nie bywał bardzo suchym i twardym. Śledziona bywała zwykle bardzo mało powiększoną. Objawy kiszkowe, jak bolesność, bębnica, kruczenie, w bardzo małym stopniu się utrzymywały. Biegunka zaraz z początku zmniejszała się, gdy zaś zaparcie stolca było w początkach choroby znaczne, tam jod sprowadzał stolce obfite, a nie częste. Krwotoków kiszkowych nie spostrzegałem wcale wśród leczenia jodem.

Ze strony narządu oddechania nie bywało groźniejszych objawów. W narządach krążenia nie zauważałem również wiele groźnych powikłań, tętno nie przekraczało 110 uderzeń na minutę, zwykle dochodząc do 100. Tu tylko 11 chorych straciłem z porażenia serca.

Co do trwania choroby, to w połowie mniejszéj przypadków, bo w 143, czas trwania był między 12 a 17 dniami, reszta zachowała tor zwykły duru brzusznego.

Odleżyny były w pięciu przypadkach, wszystkie zakończone śmiercią.

Co jednak uwagi godnem i co ośmieliłbym się poczytać za dodatnią stronę leczenia jodem, to brak wogóle powikłań i brak zupełny chorób następowych, choćby najlżejszych. Przeglądając wszystkie zanotowane przypadki nie spostrzegłem ani jednego prawie z powikłaniem, a już wcale żadnego z chorobą następową. To jest sądzę zaletą jodu przed leczeniem n. p. kąpielami, po leczeniu którемi, jak sam Liebermeister przyznaje, występują dość często nawroty choroby lub wśród choroby krwotoki kiszkowe. A przecież trudno przypuścić, abym miał w leczeniu tylko same przypadki lekko przebiegające, gdy wśród tych lat sześciu miałem do czynienia i z durem nagminnie panującym i wśród różnych warstw społeczeństwa.

Podaję jod wedle następującego przepisu:

Rp. *Natrii jodati* 5·0
Aquae destill. 200·0

MDS. Co 2½ godziny łyżkę z 2—3 łyżkami mleka, to jest co półtrzeciéj godziny, a w bardzo ciężkich przypadkach co 2 godziny przeszło 0·30 gm. jodku sodu. Dawkę tę u dzieci zmniejszam do połowy i trzeciéj części. Zwykle dodaję równą ilość z jodkiem sodu i będźwinianu sodowego, jako znakomicie działającego w zajęciu oskrzeli.

Z powyższych spostrzeżeń wnoszę, że śmiało zaliczyć można jod do leków, jeśli nie swoisto działających w durze brzusznym, to w znacznym przynajmniéj stopniu zmniejszający nasilenie tegoż, a co najbardziéj uderza w skutkach, to brak chorób wikłających i następowych, oraz mała śmiertelność.

Dodać jeszcze muszę, że chorzy znakomicie znoszą jodek sodu i że w żadnym przypadku mimo znacznych ogólnych dawek jodu nie zauważałem właściwych jemu objawów zatrucia.

W każdym razie za małą jest ilość spostrzeżeń, aby statystyka zaważyć mogła na szali, polecam tylko lek, sumiennie przedstawiwszy jego działanie.

Dr. Teofil Prochaska z Buska.

Dr. Zaczyński praktykujący w Mustafabaszy pod Adryjanopolem donosi nam o szczególniejszem zdarzeniu: Oto zgłosił się do niego młody Bułgar z prośbą, aby mu wydobyć kawałek żelaza sterczący z grzbietu nosa tuż obok kąta wewnętrznego oka lewego, dodając, że zapewne będzie to kawałek lufy z pistoletu, który mu przed 10 miesiącami pękł przy strzale w rękach, przyczem ugodzony został kawałkiem odłamka lufy w pomienioną powyżéj okolicę nosa. Odczyn był nieznacznym, ranka zagoiła się bardzo prędko, młody człowiek nie doznawał żadnych dolegliwości i oddawał się swobodnie swoim zajęciom, aż dopiero przed kilku dniami zaczął się pokazywać w pomienionem miejscu koniec żelaznéj blaszki. Dr. Z. stwierdziwszy to chwycił blaszkę silnemi kleszczami i wydobył odłamek 6 ctm. długi, a 4 ctm. szeroki, po czem pozostała ranka w kilku dniach się zagoiła.

VI. Oceny i sprawozdania.

Die Geschosswirkung der neuen Kleinkalibergewehre. Ein Beitrag zun Beurtheilung der Schusswunden in künftigen Kriegen von prof. Dr. Paul Bruns. Mit 7 Tafeln in Lichtdruck. Tübingen, 1889, str. 56 w 4-ce

Jeżeli zważymy, że od lat kilku w ciągłéj nas utrzymują obawie lada chwila wybuchnąć mającéj wojny, jeżeli zważymy, że wreszcie z dwojga złego życzyćby sobie wypadało mniejsze, t. j. wojnę, niż ten niszczący stan zbrojnego pokoju, jeżeli w końcu zważymy, że bądź co bądź prędzéj lub późniéj, w każdym jednak razie w najbliższéj przyszłości, musi przyjść do krwawego rozstrzygnięcia wielu napiętych kwestyj politycznych, to prawdziwie wdzięczność wyrazić należy tym, którzy już naprzód myślą, w jaki sposób możnaby zmniejszyć grozę skutków tego nieuniknionego złego. Zasługa ta należy się w całéj pełni profesorowi chirurgii w Tybindze P. Brunsowi, który jakkolwiek już uprzedzony przez kilka mniejszych prac dokonanych w tym kierunku, pierwszy wyjaśnia w obszernéj, dokładnéj i na własnem doświadczeniu opartéj rozprawie skutki najnowszych pocisków małego kalibru z uwzględnieniem wszystkich możliwych stosunków nowomodnéj ballistyki, o ile ona lekarza-chirurga obchodzić może. Wobec faktu, że niektóre mocarstwa już zaprowadziły tego rodzaju broń, inne zaś w najkrótszym czasie armije swe w nią uzbroją, powinien każdy lekarz wojskowy, jako też każdy chirurg specyjalista z dziełem tem się zaznajomić; tutaj chcę tylko po krótce dla szerszéj publiczności lekarskiéj zaznaczyć, że obejmuje ono oprócz pouczającego wstępu z zakresu nowoczesnéj ballistyki, cztery rozdziały, z których pierwszy obejmuje doświadczenia nad siłą pocisków przebijającą, drugi nad rozgrzewaniem się tychże, trzeci nad ich siłą rozprężającą, a wreszcie czwarty nad działaniem ich na ciało ludzkie. Ciekawy czytelnik znajdzie tam wiele pouczających szczegółów, jak n. p. o rozwoju dotąd już zaprowadzonych systemów (Lebel, Manlicher, Mauser, Kropatschek, Rubin); o budowie samego pocisku; o ich strasznéj sile, która płytę żelazną grubości 12 mm., a sosnową grubości 110 ctm. w oddaleniu 800 metrów, ciało zaś ludzkie w oddaleniu 2000 metrów na wylot przebija, a w oddaleniu 400 metrów przez poczwórny szereg walczących przedostać się może, chociażby natrafiła po drodze na najgrubsze kości ciała ludzkiego.

Przy tak znacznéj sile perkussyjnéj zachodziła obawa, iż skutki rozprężenia pocisku będą o wiele większe, osobliwie przy postrzałach z pobliża, niż przy pociskach systemów do niedawna używanych. Doświadczenia Brunsa wykazują, że siła rozprężająca wzmaga się w znacznie większym stosunku do wielkości przekroju pocisku, niż do prędkości jego, co sprawia, że charakter ran postrzałowych, sprawionych przez pociski o małéj średnicy jest we wszystkich oddaleniach o wiele lepszym, niż ran wywołanych przez dawniejsze pociski. Nadto granice pasa, w którym pocisk sprawia najgładsze rany przeszywające, zostały znacznie rozszerzone, bo sięgają obecnie od 400 mtr. do 1500. Cały szereg pięknie wykonanych fotodruków przedstawia te korzystne stosunki ran postrzałowych w kości i nieznaczną deformacyję samych pocisków. Z osłon otaczających ołowiany pocisk najtrwalszym okazała się osłona stalowa, zaprowadzona w armii austryjackiéj. Bruns kończy twierdzeniem, że broń drobnokalibrowa jest nie tylko najlepszą, lecz zarazem najhumanitarniejszą, przyczyniając się według możności do złagodzenia grozy wojennéj.

Przyznając to w całéj pełni, nie mogę powstrzymać się od uwag, nasuwających mi się przy czytaniu niniejszéj rozprawy. Wiadomą jest rzeczą, że lekarze pracowali w ostatnich wojnach z nadludzkiem wytężeniem, a to z powodu, że ich wszędzie było za mało w stosunku do znacznych ofiar, zrządzanych nową bronią odtylcową. Do tego wszystkiego przybywają dzisiaj jeszcze trzy czynniki, t. j. o wiele większe masy wojsk walczących, zamki repetyjerowe u karabinów, wyrzucające co najmniéj dwa razy tyle pocisków w tym samym czasie, co dawniejsze karabiny i wreszcie drobnokalibrowe pociski, które, jak to powyżéj wspomniałem, kilkakrotne szeregi walczących przeszyć są w stanie; wszystko to da z pewnością ten rezultat, że w krótkim przeciągu czasu liczba rannych będzie kilkakroć razy większą, niż była w ostatnich wojnach. Tymczasem stosunek przybytku lekarzy pozostawia jeszcze wiele do życzenia. Aby więc rzeczywiście módz ową grozę wojny złagodzić, trzebaby przedewszystkiem już teraz w czasie pokoju pomyśleć o skutecznéj pomocy przez lekarzy operatorów cywilnych tak, aby w razie potrzeby wszystko było zorganizowane, a nie dopiero na prędce a więc niedokładnie robione, a powtóre trzebaby między lekarzami wojskowymi mieć więcéj takich, którzyby z chirurgiją więcéj byli obyci. Wprawdzie przydziela rząd od kilku lat do kilku klinik chirurgicznych po jednym lekarzu wojskowym co roku w celu nabrania wprawy w operacyjach i opatrunkach chirurgicznych, lecz tych kilkunastu w ten sposób przysposobionych lekarzy jest jak kropla wody w morzu. Trzebaby to zrobić na większą skalę i skorzystać nie tylko z samych klinik, lecz i z innych oddziałów mających materyjał bardzo obfity, a przy dobrem zorganizowaniu dałoby się pogodzić i służbę garnizonową z praktykowaniem przy takich oddziałach. Tak przysposobieni lekarze wojskowi byliby rzeczywiście wielką w wojnie pomocą; na dawne stosunki możeby ich i wystarczyło, lecz na spodziewane przyszłe będzie tak przysposobionych lekarzy za mało.

Obaliński.

Chirurgija.

A. Bum. **O obecnem naukowem stanowisku mechanoterapii.** (Dok. Patrz Nr. 2).

Na pozór sprzeczne zdanie, jakoby miesienie mogło skrócić wydłużoną tkankę (zwątlałe ścięgna), objaśnić się daje tem, że przez miesienie wywołujemy odczyn zapalny w tkance, który następowo prowadzi do zbliznowacenia i przykrócenia. B. wyraża życzenie, aby dyjagnostyka lekarska o tyle naprzód postąpiła, aby w leczeniu zrostów po przebyciu *perityphlitis*, jakoteż powodów wywołujących *ileus* z większą korzyścią można zastosować mechanoterapiję.

IV. Miesienie nerwów działa na takowe jako bodziec pobudzający. Za pomocą mechanicznego zabiegu wprowadzamy nerw w stan podrażnienia, możemy go pobudzić. Stan ten podrażnienia jest tym większym, im mniejszym jest zabieg dotyczący nerwu, nerw bywa osłabianym lub też czynność jego zupełnie bywa zniesioną, jeżeli zabieg koło nerwu jest silnym, ucisk znacznym. Na podstawie tych wyników fizyjologicznych odkrytych przez Heidenhaina i Granvilla, potwierdzonych badaniami Zederbauma i Vogta, jesteśmy w stanie już to za pomocą mniéj silnego miesienia pobudzić nerwy sprawiające znieczulenie, względnie porażenia, już to znów za pomocą silnego zabiegu korzystnie wpłynąć na nerwobóle i skurcze osłabiając lub też znosząc zupełnie stan podrażnienia w nerwach. Leczenie mechaniczne wpływa także na układ nerwowy niewprost, działając na krążenie a tem samem na odżywienie tegoż. Miesienie nerwów jest więc wskazane przy porażeniach i skurczach, jakoteż w przeczulicach i znieczuleniach nerwów obwodowych, o ile te cierpienia są swoistéj natury, daléj w gośćcu mięśniowym. Nadmienić też trzeba o bezkrwawem naciąganiu nerwu kulszowego przy nerwobólu tegoż nerwu poleconem przez Cantaniego.

V. Miesienie brzucha ma dodatni wpływ na czynności

narządu trawienia. Wiadomo powszechnie, że niedostateczne używanie ruchu oraz niewystarczające ćwiczenie mięśni mają ujemny wpływ na napięcie układu mięśniowego jelit, czyli wywołują zgnuśnienie narządu trawienia. Miesieniem jakoteż odpowiedniem ćwiczeniem możemy znakomicie poprawić te atoniczne zaburzenia. Wobec tego miesienie brzucha przyczynia się: 1) do wzmocnienia mięśni powłok brzusznych oraz włókien mięsnych jelit; 2) do pobudzenia ruchów robaczkowych; 3) do mechanicznego usunięcia gródek kału z kiszki grubéj. Leczenie mechaniczne wpływa na czynności narządu trawienia albo wprost działając albo też na drodze odruchów.

Na koniec uciekamy się do leczenia mechanicznego w całym szeregu chorób i to z dobrym wynikiem, w których jednak działanie tego leczenia wytłumaczyć nie możemy, tak n. p. w nerwicach stawowych, o których dokładniéj wspominają Esmarch, Brodie i Billroth, daléj w chorobach ocznych. Może być, że w tych razach działa więcéj wiara chorego w dobry skutek leczenia.

Przeciwwskazania dla leczenia mechanicznego zestawia B. w jednem zdaniu. Przeciwwskazanym jest ten zabieg we wszelkich chorobach, których produkty wprowadzone do ogólnego krążenia szkodzą wprost ustrojowi lub też szkodzić mogą. Nie możemy więc użyć tego sposobu przy ropieniach, stanach septycznych, zakrzepach żylnych. Toż samo dotyczy chorób zakaźnych, ostrego gośćca stawowego, umiejscowionych schorzeń na tle kiły, gruźlicy i rzeżączki. W schorzeniach na tle gośćca i rzeżączki sprzeciwia się B. użyciu tego zabiegu tylko wśród objawów ostrego zapalenia, w chronicznych przypadkach tego rodzaju i jako leczenie następowe oddaje miesienie zawsze dobre usługi; inaczéj w schorzeniach na tle kiły lub gruźlicy, tu bowiem przenosimy za pomocą miesienia zarazem z miejsca, któreśmy na razie nieszkodliwem uczynili, do ustroju, gdzie tenże szkodliwie zadziałać może. W dalszym ciągu nie będziemy massować tam, gdzie ognisko chorobowe nie jest dla ręki lekarza dostępnem (n. p. silnie rozwinięta podściółka tłuszczowa) jak również, co samo przez się rozumie, w obec skóry niezupełnie zdrowéj. Tak samo jasnem jest przeciwwskazanie w takich przypadkach, gdzie drogi, któremi celem wchłonienia pierwiastki mają przechodzić dośrodkowo, stały się niedrożnemi (ucisk żył lub naczyń limfatycznych przez nowotwory, stany zapalne naczyń itd.) jak również tam, gdzie w ogóle schorzenie jest takiego rodzaju, że zabieg mechaniczny nań żadnego wpływu mieć nie może.

Na zakończenie nadmienia B., że i miesienie jak w ogóle każda prawie metoda lecznicza jest bronią obosieczną i powinna być powierzoną pieczy tylko doświadczonego lekarza. (*Wiener med. Presse*, Nr. 44, 45, 46, 47 z r. 1889).

Dr. Bohosiewicz.

Rockwitz (*Strassburg*): **Gastroenterotomija w strasburgskiéj klinice chirurgicznéj.**

R. donosi z kliniki prof. Lückego o tak korzystnych wynikach po gastroenterotomiji przy zwężeniach rakowatych lub bliznowatych odźwiernika, że wycięcie jego ulegnie odtąd jeszcze większemu ograniczeniu, niż to dotychczas miało miejsce już z powodu jego niekorzystnych rezultatów. Z 8-miu w ten sposób operowanych nie umarł po operacyi żaden, podczas gdy śmiertelność ich wynosiła 57·2%. Tak korzystne wyniki zawdzięcza Lücke metodzie przez siebie wprowadzonéj. Skoro mianowicie po otwarciu jamy brzusznéj przekonał się za pomocą wzroku i ręki o niemożności do szczętnego usunięcia raka odźwiernika, wyciąga przez cięcie względnie małe trzema palcami z miednicy małéj najbliżéj leżącą pętlę jelit cienkich i rozpatruje, czy można ją ponad sieć i okrężnicę poprzeczną bez silniejszego napięcia jéj krezki przysunąć do żołądka, bez względu na odległość téj części jelita od dwunastnicy. Jeżeli więc wybrana pętla jelitowa posiada dostatecznie długą kreskę a okrężnica poprzeczna tém samém nie ulega uciśnięciu, wtedy jest według Lückego obojętném, czy treść żołądka mniéj lub więcéj daleko od dwunastnicy do jelita cienkiego odprowadzoną zostaje. Celem przymocowania pętli do żołądka wybiera się miejsce tuż powyżéj *ligamentum gastro colicum* leżące, nie będące zanadto blisko ani odźwiernika ani dna żołądka, gdyż w pierwszym przypadku mogłoby zwyrodnienie rakowate dosięgnąć założonéj przetoki i wywołać jéj niedrożność a w drugim przypadku opuściłyby pokarmy żołądek zbyt wcześnie. Założenie przetoki odbywa się zewnątrz jamy brzusznéj, po wydobyciu i okryciu jelit gazą jodoformową. Do zamknięcia światła jelita używano uciskadeł Rydygiera. Otwór przetoki zakłada się daléj, niż poleca Hahn, celem zapobieżenia załamaniu się jelita i wytwarzania się ostrogi. Ruch robaczkowy przytwierdzonego odcinka jelita cienkiego powinien przebiegać równolegle do ruchu robaczkowego żołądka, o czém przekonać się można przez drażnienie pętli za pomocą kryształka soli kuchennéj. Przy używaniu uśpienia za pomocą dimetylacetalu trwała taka operacyja 2—2½ godzin. W wszystkich przypadkach nastąpiła po operacyi poprawa sił i stanu ogólnego. (*Deut. Zeit. f. Chir.* 1889, t. 25).

N. Wassilijew (Petersburg): **O chirurgicznem leczeniu zapalenia płuc wysiękowego.**

Z rozmaitych zabiegów chirurgicznych, używanych obecnie do leczenia ropnego zapalenia opłucny, widział W. najlepsze wyniki po tym, który polega na otwarciu klatki piersiowéj w przestworze międzyżebrowym Wyniki, do których W. dochodzi, są następujące: 1. Ponieważ dobry wynik w ropotoku piersiowym, leczonym na drodze operacyjnéj przy równych zresztą warunkach, zależy głównie od możliwie wczas podjętego zabiegu, dlatego powinien lekarz wykonywać często punkcyje próbne w celach rozpoznawczych. 2. Zabieg polega na tem, że się w klatce piers. na przestworze międzyżebrowym robi otwór, przez który ropa swobodnie odpływać może; następowe założenie sączków i leczenie przeciwgnilne. 3. W leczeniu ropnego zapalenia opłucnéj ważnę rolę odgrywa leczenie ogólne. Leczenie to polega: a) na podawaniu wewnętrznem odwłóknionéj krwi; b) na systematycznem używaniu kąpieli 28—29° R; c) na leczeniu klimatycznem. (*M. med. W.* 1889, Nr. 29).

Choroby wewnętrzne.

Boas (Berlin): **O wzajemnym stosunku pomiędzy chorobami żołądka i jelit.**

Boasowi udało się uzyskać u pewnéj liczby chorych sok jelitowy z żołądka; zdarza się to przedewszystkiem u chorych, cierpiących nawykowe wymioty. B. tłomaczy przejście treści jelitowéj do żołądka niedowładem odźwiernika wskutek powiększonéj pracy. Otrzymany płyn jest barwy żółtawo-zielonéj, oddziaływania słabo zasadowego, lub słabokwaśnego, gęsty o c. g. 1·009—1·010; po dodaniu kwasów lub soku żołądkowego tworzy się gęsty strąt, który po dodaniu alkalijów znowu się rozpuszcza. Wiadomo, że żółć łatwo gnije, chociaż w jelicie rozwija wybitne działanie przeciwgnilne. B. wykazał, że dodanie kwasu może wstrzymać gnicie żółci i to żadne ciało dzielniéj, niż kwas solny. Daléj znajdował leucynę i tyrozynę, białko rzadko (peptony), a nigdy cukier. Sok trzustkowy peptonizuje bardzo szybko mleko. Rozkładanie się białka przez pepsynę i ptyalinę jest w przeciwieństwie do rozpowszechnionego mniemania większe, niż przez trypsynę. Na rozkład tłuszczu nie wpływa wybitnie ani żółć, ani sok trzustkowy. Starającemu się wytworzyć sobie na podstawie nowych spostrzeżeń obraz przebiegu w chorobach żołądkowo-jelitowych pada nowe światło na okoliczność, że w chorobach żołądka obejmuje zastępczo trawienie jelito. B. badał za pomocą odpowiedniego przyrządu, jak się zachowują różne mięszaniny soku żołądkowego i jelitowego. Jeżeli do słabo alkalicznego soku jelitowego dostanie się słabo kwaśny sok żołądkowy, wtedy mięszanina nie zmienia się wybitnie ani co do wejrzenia ani co do własności. Jeżeli jednak do soku jelitowego dodamy mocniéj kwaśny, wolny HCl zawierający sok żołądkowy, powstaje nieprzeźroczysty strąt, zawierający kwas glikocholowy i taurocholowy, a nierozpuszczający białka Po dodaniu HCl powstaje trawienie żołądkowe, po dodaniu zasad działanie tryptyczne. Jeżeli w trzeciéj fazie dostaje się mocno kwaśna miazga pokarmowa, to zakisy jelitowe ulegają strąceniu i nie działają. Jeżeli więc siła ruchowa żołądka jest zmniejszona, wtedy trawienie jelitowe, nie doznając zboczenia od kwaśnéj treści z żołądka, spokojnie zastępczo odbywać się będzie Przy nadmiernéj

kwasocie odbywać się będzie w jelicie cienkiem wybornie trawienie białka, wodniki węgla i tłuszcz nie zostaną strawione, ponieważ grube straty (3-cia faza) zabierają żółć i ferment trzustkowy; przy nadmiernéj kwasocie wystąpi dobre trawienie jelitowe, ponieważ sok jelitowy nie dozna zboczenia w działaniu przez kwas. Tu jednak istnieć będzie równocześnie niebezpieczeństwo rozkładu, ponieważ żółć nie będzie odrażoną przez kwas, łatwo wytworzy się indol i skatol, wiatry i biegunka. Z tego wynika, że HCl jako lek posiada daleko mniéj działanie trawiące, niż przeciwfermentacyjne, poleca się więc bardziéj podawanie HCl po lub podczas, niż przed jedzeniem. (*Münch. med. Woch* 1889, Nr 28).

Dr. Baschkopf.

Choroby skórne i weneryczne.

Fleiner: **O leczeniu przewlekłéj rzeżączki.**

Na posiedzeniu lekarzy i przyrodników w Heidelbergu wykładał autor o używanych sposobach leczenia w rzeżączce przewlekłéj w klinice w Heidelbergu. Inném jest leczenie w rzeżączce przewlekłéj o skąpéj wydzielinie, a inném w téj chorobie z wydzieliną obfitą. Leczenie w pierwszéj postaci, która objawia się skąpą wydzieliną z rana, zlepieniem ujścia zewnętrznego cewki moczowéj i charakterystycznemi nitkami w moczu, polega głównie na wprowadzaniu do cewki moczowéj cewników metalowych powleczonych odpowiedniemi środkami lekarskiemi. F. używa cewników metalowych przeważnie niklowych o gładkiéj powierzchni i różnéj grubości (Nr. 18—28) i pokrywa je maścią następującego składu: *Rp Argent. nitr. 1·0, Cer. flav 2·0, Butyr. cacao 17·0, M. len. calor. f. leg. art. instabul.* Maść ta rozkłada się, dlatego zwykle należy jéj używać świeżéj.

Postępowanie jest następujące: Połowę cewnika, którą się ma wprowadzić do cewki moczowéj, ogrzewa silnie nad nie kopcącą lampą wyskokową, gorący jeszcze cewnik wyciera dobrze watą aseptyczną a później pociąga nim kilka razy (jak smyczkiem po kalafonii) po maści lapisowéj, któréj skład powyżéj podano. Maść ta zwykle do tego celu dla wygody przyrządza się w tabliczkach. Można albo cały cewnik pokryć maścią, albo tylko stronę cewnika, która ma się zetknąć z częścią chorą cewki moczowéj, co poprzednio wybadać należy obmacaniem albo endoskopem. Wkrótce na powietrzu cewnik oziębia się i maść na nim rozpostarta krzepnie, co następuje jeszcze prędzéj, gdy cewnik zanurzymy w wodę. Wogóle w 3—5 minutach cewnik jest zupełnie przygotowany do użycia. Po wyjęciu cewnika z cewki moczowéj maść jest znowu płynną, co ułatwia nadzwyczaj oczyszczenie narzędzia, po wytarciu go bowiem tylko watą aseptyczną i przeciągnięciu nad płomieniem lampy jest cewnik znów sterylizowany. Zalety postępowania takiego są widoczne, a mianowicie jest ono bardzo uproszczone, na pewne aseptyczne, nadto maść jest równo rozpostarta po całym cewniku. Działanie jest dwojakie: mechaniczne i chemiczne: mechaniczne, bo cewnik napina błonę śluzową cewki moczowéj, wygładza ją, wywiera ucisk na patologiczny przerost błony śluzowéj lub nacieki téjże a zmieniając krążenie sprzyja wessaniu, a działanie to lecznicze zwiększyć jeszcze może umiejętnie od zewnątrz na cewkę moczową wykonane mięsienie; działanie chemiczne polega na działaniu leków, któremi cewnik jest pokryty. Po każdém wprowadzeniu cewnika następuje zadrażnienie, które objawia się obfitą wydzieliną trwającą 1—2 dni, co raczej należy uważać za objaw pomyślny, bo jest to niejako początkiem powrotu błony śluzowéj do stanu pierwotnego. Zakładanie cewnika odbywa się po 5—7 dni. F. leczył w ten sposób 41 przypadków rzeżączki przewlekłéj z objawami mniéj lub więcéj wybitnego zwężenia cewki moczowéj, w 28 przypadkach nastało zupełne wyleczenie, 11 chorych doznało chwilowego polepszenia, dwaj usunęli się wśród leczenia. Do zupełnego wyleczenia wystarczy posiedzeń 1—10. Gdy te nie bardzo skutkują, można podawać wewnętrznie *Oleum ligni santali* lub *thallin. sulf.* Dobre także można otrzymać wyniki, jeżeli sondowania przerywa się na tygodnie lub miesiące a potém na nowo się do nich powraca, przyczém poprzednią maść można zastąpić n. p. maścią z *acid. tannic.*

W przypadkach opierających się temu leczeniu jako też w rzeżączce z obfitą wydzieliną radzi F. używać pręcików z garbnika, azotanu srebrowego, taliny, bismutu i t. d. Pręciki te należy wprowadzać do cewki moczowéj co 2gi lub 3ci dzień (*W. med. Presse* Nr. 51, 1889). *Dr. A. Hicner.*

Riocreux. **O kile dziedzicznéj.**

Wychodząc z zapatrywania, że kiła jest chorobą prątkową, pojmuje oddziedziczenie jéj tylko jako szczególny rodzaj przeniesienia i czyni wniosek, że jad kiłowy razem z plemnikami wnika w jajko kobiece i zakaża w ten sposób powstający młodociany ustrój. Przyznaje, że przeciw odziedziczeniu od ojca podnieść można doniosły zarzut, że nieznaczną chorobę matki można łatwo przeoczyć, sądzi jednak, że jeżeli nawet się wykluczy znaczną ilość odpowiednich przypadków, jako nie bezwzględnie pewnych, to zawsze jeszcze pozostaną pewne przypadki, nawet spostrzegane przez lekarzy w ich własnéj rodzinie, które stwierdzają odziedziczanie od ojca, podczas gdy matka pozostaje zdrową. Z naturalnych przyczyn zdarza się ten rodzaj przeniesienia kiły najczęściéj w drugim lub trzecim roku po zarażeniu się, chociaż i trzeciorzędny okres wcale nie chroni od dziedziczenia a nawet w dwudziestym jeszcze roku istnienia choroby mogą się rodzić dzieci od ojca kiłowe; im starszą jest kiła, tém rzadziéj i w tém mniejszém nasileniu następuje przeniesienie. Wpływ leczenia swoistego na możność przeniesienia już dawno jest znany; R. jednak przypisuje pierwszemu leczeniu, jeżeli ono zostaje zastosowane dość późno od chwili zapłodnienia, tylko małoznaczącą wartość. T. z. prawo Collesa ma dla większéj liczby przypadków znaczenie, ale przytacza historyje choroby dowodzące, że także bez występowania objawów wtórorzędnych u matek dzieci kiłowych mogą późniéj pokazywać się ciężkie zmiany trzeciorzędne; sądzi, że kobiety takie są szczepione, czyli że od dzieci swych nabyły bardzo osłabioną kiłę, która przez długi czas była utajoną, za to po pewnéj liczbie lat sprowadza raz nieznaczne, drugi raz ciężkie objawy. Tłómaczy to zjawisko z analogii z doświadczeniami Straussa i Cumberlanda, którzy w płodach wąglikiem zaszczepionych świnek morskich mogli wykazać bardzo odosobnione prątki. *Immunitas* powyżéj przytoczonych przypadków należy tłómaczyć zaszczepieniem najmniejszych ilości drobnoustrojów kiły, niewystarczających do wywołania widocznych objawów. Z materyjału statystycznego, zapożyczonego po większéj części od Fourniera, czyni wniosek, że w 75-ciu rodzinach, których ojciec miał kiłę, dzieci 43 razy chorobę odziedziczyły i że na 112 rodzin, w których znajdował dzieci dotknięte kiłą dziedziczną, 43 razy sam ojciec a 69 razy oboje rodzice byli kiłowymi. Co do terapii, należy najwięcéj uwzględnić leczenie ojca, gdyż ono może potomstwo ochronić od kiły, podczas gdy leczenie matki nie daje pewnych wyników. (*Thèse de Paris* 1888).

P. Michelson. **O kile nosa.**

Znaczenie kiły nosa jest podwójne: wielkie zniekształtnienia, wyciskające na twarzy chorych piętno zarażonych, są dla laików wielkim postrachem; ważniejsze jest sąsiedztwo jéj z podstawą czaszki i pewne trudności, jakie przedstawia leczeniu. Mimo postępów nowoczesnéj chirurgii usiłować będzie lekarz obeznany z rinoskopiją, którego leczenie opiera się na dokładném miejscowem badaniu, usuwać wrzody kiłowe nosa bez używania zabiegów chirurgicznych. W wszystkich przypadkach kilaków nosa należy baczną zwrócić uwagę na jamę ust i połyku. M. wyjaśnia polipowate zwyrodnienie muszli nosowych, ich zanik i ztąd powstałe nadmierne rozmiary jam nosowych, wytwarzanie się sekwestrów i ich niebezpieczeństwo. M. ostrzega przed używaniem bez wyboru tuszów i przestrzykiwań nosa w leczeniu nieżytu kiłowego nosa, które odpowiedniéj zastąpić można tamponowaniem w przypadkach, w których przez zwężenie światła powstaje niebezpieczeństwo dla ucha środkowego, albo gdzie z powodu utraty zdolności kurczenia się podniebienia miękkiego i nieprawidłowéj komunikacyi między jamą nosową i ustną obawiać się należy aspiracyi do trąbek Eustachiusza lub do krtani. M. odradza od zbyt wczesnego używania łyżeczki ostréj, które wobec wrzodów gruźliczych jest znakomitym środkiem. W końcu wspomina o pomyślnym wynikiem uwieńczonych

próbach Mikulicza w celu podniesienia zapadniętego nosa. (*Samml. klin. Vortr. Volkmanna* Nr. 326).

C A. Haas. (Kiel) **Przyczynki do nauki o rzeżączkowém zapaleniu stawów. Z kliniki prof. Esmarcha w Kiel.**

Według H. występuje *Arthritis gonorrhoica* przeważnie u mężczyzn a okoliczność ta jest zawisłą od tego, że rzeżączkę znajdujemy częściéj u mężczyzny niż u kobiety a względnie jest rozpoznanie jéj u kobiety o wiele trudniejszém. Choroba rozpoczyna się prawie zawsze ostro, nie kiedy z gorączką, rzadko dreszczami i może występować aż do roku od rozpoczęcia się rzeżączki. Jednorazowe zapadnięcie usposabia bardzo do nawrotów. I tak u jednego chorego, który przebył kilka razy rzeżączkę, występowało zajęcie stawów zawsze dwunastego dnia. Często jest tylko jeden staw zajęty, chociaż wszystkie stawy mogą zachorować zdaje się, że lewe kolano jest najczęstszą siedzibą choroby, której nasilenie jest zmienne. Podczas gdy serce tylko rzadko bywa zajęte, spostrzegał H. w kilku przypadkach zapalenie oka, którego nie można tłómaczyć bezpośredniem zarażeniem ropą rzeżączkową. Prognoza jest prawie zawsze dobra, chociaż trwanie choroby jest często bardzo długie i pozostałości, t. j. sztywność, ból, mogą rok a nawet i dłużéj dokuczać. Pewne leczenie dotychczas jeszcze nie jest znane, ale doświadczać należy najczęściéj używanych środków, jak salicylu, spokoju, zimna i opatrunków ustalających Czy w téj postaci zapalenia stawów znachodzą się gonokoki, są zdania sprzeczne a Lob w ten sposób kreśli obecny stan téj kwestyi: bezwątpienia jest zapalenie gośccowate rzeżączkowe chorobą zakaźną, może jest to zakażenie przyranne, w któréra pod nazwą wrzodów rzeżączkowych znane owrzodzenie mieszkowate tylnych części cewki moczowéj stanowią furtkę do wtargnięcia przerzutów, może być, że następuje zakażenie gonokokami, ale na pewne nie jest to jeszcze dotychczas stwierdzoném. (Rozprawa inauguracyjna w *Viertelj. f. Derm- u Syph.*) Rocznik XX).

† Dr. Destout **zaszczepił sobie łuszczycę.** W 16 dni po zaszczepieniu powstał charakterystyczny obraz téj choroby, ale nie w miejscu przeszczepienia. Tak zaszczepił Dr. D. na prawem ramieniu, a choroba powstała z początku i w większéj ilości na lewem przedramieniu. Tłomaczy to D. tem, że używa więcéj ręki lewéj. Rozpoznanie łuszczycy było potwierdzonem przez lugduńskie Towarzystwo naukowe, któremu się autor przedstawił. D. żadnych chorób skórnych oprócz liszaja napletkowego nie przebywał i żadnego dziedzicznego usposobienia nie posiada. Uważa on swój przypadek za pierwszy, wytrzymujący wszelką krytykę i szczególnie ciekawy ze względu na to, że pierwsze objawy chorobowe powstały nie na miejscu zaszczepienia. (*Allg. med. Central-Zeit.* 6 lipca.)

Choroby nerwowe.

Prof. Krafft-Ebing: **Badanie doświadczalne na polu hypnotyzmu.**

Podstawą powyższéj pracy są spostrzeżenia robione na hysteryczce, która zamknięta z powodu kradzieży, ale wobec znaków wybitnego zboczenia umysłowego oddaną została do kliniki K Przedstawiała ona w stanie jasności (I) objawy ciężkiéj macinnicy, można ją było przez poddawanie wprowadzić w stan kataleptyczno-somnambuliczny (II) i była w nim dowolnem narzędziem każdorazowego hypnotyzera tak, że na niéj wybornie można było badać poddawanie hypnotyczne i pohypnotyczne. Przy wykonywaniu ostatniego popadała chora zawsze w stan trzeci (III), podobny do autohypnozy; objaw, który tylko tak można wyjaśnić, że dojście do świadomości aż do wykonania ukrytego pohypnotycznego poddawania działało ponownie autohypnotyzująco. Jej istnienie odgrywało się więc w trzech od siebie oddzielnych i typowo regularnie i wśród pewnych warunków przebiegających okresach. Dla każdego z tych stanów istniała osobna świadomość i każdy miał swoją osobną pamięć tak, że przypominanie odnosiło się tylko do równych zdarzeń. Oprócz tych trzech spostrzegał jeszcze odmiany trzeciego stanu, a w jednéj z nich popełniała chora często kradzieże. Z dziwnych doświadczeń przez poddawanie ciekawe są głównie odnoszące się do zakresu nerwów naczynioruchowych i odżywczych i ośrodków regulujących ciepło. K. mógł choréj kilkakrotnie poddawać na oznaczony czas pewną ciepłotę ciała, udało mu się w niéj wywoływać za pomocą przedmiotów jako żarzące poddanych pęcherze i rany oparzelinowe, przez ucisk pieczęcią do bielizny, przedstawiającą literę K, a jako żarzącą poddaną na symetrycznem miejscu drugiéj połowy ciała dokładny obraz zwierciadlany. Stanów hypnotycznych używał także dla celów leczniczych i to z bardzo dobrym wynikiem. Na zasadzie spostrzeżeń w przebiegu pojedynczych okresów, jako też samych okresów, które mimo różnorodności powtarzają się całkiem regularnie według zupełnie ścisłych spraw psychicznych, przychodzi K. do wyniku, że objawy hypnotyzmu są przyrody psychiczno-suggestywnéj. (*Stuttgart* 1889).

Choroby umysłowe.

Paweł Moreau: **O obłąkaniu w wieku dziecięcym.**

Badając zboczenia umysłowe wieku dziecęciego nie należy zapominać, że w tym okresie życia skłonność bierze przewagę nad rozumem, a z drugiéj strony trzeba pamiętać, że zwykle, jeżeli nie zawsze, szukać należy pierwszych podniet do chorób umysłowych w odziedziczaniu, w niezmiennych i nieuniknionych prawidłach zwyrodnienia. Jako ogólne psychiczne przyczyny téj choroby wylicza M. dziedziczność, zwyrodnienie, zastój w rozwoju umysłowym, naśladowanie, w końcu wpływ obyczajów i wychowania. Jako szczegółowe psychiczne przyczyny przytacza M. charakter dziecka, gwałtowne na umysł lub na zmysły dzieci działające wpływy, rozdrażnienie przez namiętności jak gniew, zazdrość, chciwość, ambicyję, nadmierną radość i t. d., a w końcu przedrażnienie mózgu przez nadmiar pracy, jakie w naszych czasach zanadto często sprowadza niestosunek między wymaganiami a zdolnościami. Zarówno ważne jak psychiczne są przyczyny fizyczne dla powstawania zboczeń umysłowych w wieku dziecięcym, szczególnie o ile się rozchodzio dzieci usposobione; z ogólnych przyczyn psychicznych podnosi autor szczególnie znaczenie wieku, dojrzałości, samogwałtu, z przyczyn fizycznych, zależnych od indywidualności: wpływ przepalenia głowy na słońcu, działanie istot trujących, choroby ostre, jak zapalenie opon mózgowych, wodogłowie ostre, płonicę, zapalenie płuc, dur, różę itd., dalej nieprawidłowości ogólne, jak błednicę, zołzy, dnę, następnie robaki, urazy, nieprawidłową budowę czaszki itd. Następnie opisuje M. rożne postacie obłąkania, między któremi rozróżnia postacie czysto nerwowe i czysto psychiczne, a w tych ostatnich odróżnia stany pobudzenia, przygnębienia i osłabienia umysłowego. Omawiając leczenie tych chorób w wieku dziecięcym, przypomina autor, że leczenie duszy w dzieciętwie musi być przedewszystkiem i w pierwszéj linii zapobiegawcze. Trzeba umieć z korzyścią walczyć przeciw złym skłonnościom wrodzonym wielu dzieciom i które do pewnego stopnia panują nad ich losem moralnym i intelektualnym. Wzmocnić ciało i dać skłonnościom zdrowy kierunek, oto prawidło. które przedewszystkiem uwzględnić należy. (*W. m. Bl.*, 1889, Nr. 38). *Dr. Baschkopf.*

VII. Przyczynki do Epidemijologii Wschodu.

Podał
Dr. Władysław Jabłonowski w Burgas.

(Gorączka „Dengue").

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

Obok tych dwóch pojawów cechujących „dengue“ grupują się jeszcze inne, o których krótka wzmianka jest także konieczną. Oczy są lśniące, nastrzykane; bóle głowy, nadoczodołowe lub ogólne, jakby obręczem ściskające całą czaszkę, często są nieznośne. W jamie ustnéj chorzy czują smak nadzwyczaj gorzki, powiększający wstręt do pokarmów. Język zaczerwieniony po brzegach, pokryty powłoką białą lub biało żółtawą. Najczęściéj chorzy doświadczają nudności; rzadko jednak mają wymioty. Stanowi temu towarzyszy zaparcie stolca. Dość częstą jednak bywa i biegunka. Uczucie pragnienia nie jest znaczne. Skóra jest sucha, nie w stosunku jednak do stopnia gorączki. Oddech wydziela szczególnie nieprzyjemny odór. Wątroba i śledziona są prawidłowe. Jednym z bardziéj częstych pojawów jest bezsenność. Niekiedy występuje stan spokojnego majaczenia Jeden ze wschodnich kolegów, ścisły badacz, lubiący malownicze po-

równania, utrzymuje, że wyraz twarzy dotkniętych przez „dengue", jest podobnym do wyrazu człowieka dobrze podpitego.

Rokowanie jest zawsze pomyślne. Dotąd bowiem nie mamy do zacytowania żadnego przypadku, który zakończyłby się nieszczęśliwie, i tak szybko, jakto bywa w innych chorobach panujących epidemicznie. Jednakże znanym jest przypadek śmierci zaszły w przebiegu epidemii „dengue" w Senegalu. Dotyczy on kobiety, której zejście należy właściwie przypisać znacznemu stanowi niedokrewności. W Kalkucie kilka przykładów zejść nastąpiło wskutek zwyrodnienia serca. W epidemii zaś brazylijskiéj w Pernambuco i Batzia zauważano tylko bardzo częste powikłania towarzyszące powrotowi chorych do zdrowia. Tam to w ciągu dwóch do trzech miesięcy chorzy wycieńczeni i okazujący wstręt do najmniejszego ruchu, byli zmuszeni pozostać w łóżku. Dłuższe tylko podróże morskie usuwały ten stan osłabienia. Zauważano także przykłady, w których po zakończeniu się choroby gorączka występowała ponownie, z powikłaniami ze strony wątroby i dotkliwemi bólami całéj okolicy. Powikłania te jednak ustępowały zwykle czwa tego dnia. W innym znowu przypadku chory uległ ropnemu zapaleniu wątroby. Inni pluli krwią, a mocz ich był krwawy. Zachodzi więc pytanie, czy między temi cierpieniami i gorączką „dengue" zachodzi jakiś stosunek; czy też cierpienia ze strony wątroby są tylko przypadkowe? Na to trudno odpowiedzieć, jakkolwiek Roux i Rochard przypuszczają możność istnienia zapaleń wątroby, utrzymując że w krajach gdzie „dengue" panuje nagminnie, każdéj zimy liczba zapadłych na ropnie wątroby jest bardzo znaczną. Zaznaczam te zdania, aby zwrócić na nie uwagę badaczy.

Granice leczenia, nie są jeszcze określone. Wogóle powinno być ono przypadowem i opierać się na trzech głównych podstawach: 1) sprzyjania wystąpieniu wysypki; 2) zwalczania powikłań, i 3) podtrzymywania sił w okresie powrotu do zdrowia. Większość lekarzy po zadaniu w początkach środka przeczyszczającego przepisywała chininę, jedni raz tylko, drudzy w ciągu kilku dni. Są i tacy, co się zupełnie powstrzymali od podawania tego środka, przypisując mu powiększanie nieładów ze strony żołądka. Przeciwko bólom podawano antipyrynę i salicylan sodowy. W bezsenności chloral okazał się dość korzystnym. Uważając proces chorobowy jako zakażenie narządu trawienia podawaliśmy przetwory siarkowe, przekonawszy się, że u chorych leczonych w ten sposób apetyt powracał prędzéj, aniżeli u innych. Podawano także nawar z liści jaborandi (8 gramów na 200), z dodatkiem octanu amoniaku, eteru octowego i nalewki todu. Najwidoczniejszy jednak skutek otrzymywać się dawał po zastosowaniu małych dawek antipyryny (0,04 — 0,08) z domieszką nalewki z wilczéj jagody (5—10 kropli), które sprowadzały natychmiastową prawie ulgę, mianowicie u chorych z podrażnionym systemem nerwowym.

Co do pokarmów, to mleko z dodatkiem wody wapiennéj lub „Soda-water", bywa najlepiéj znoszone. Lekki rosół podawano także z korzyścią. Ten rodzaj pożywienia jest najodpowiedniejszym i zwykle wystarczającym na czas trwania choroby. Wreszcie zmiana powietrza a nawet klimatu może być konieczną.

Jakkolwiek niepodobna wątpić, że „dengue" jest chorobą zakaźną, to jednak przedsięwzięcie racyjonalnych środków ostrożności zostało uznane za zbyteczne. Z tego też powodu urzędy gminne tak w Smyrnie jak i w Konstantynopolu, odpowiadając reskryptowi ministeryjalnemu, wezwały tylko mieszkańców, aby się zastosowywać zechcieli do przepisów sanitarnych i higienicznych tak w domach jak i na ulicy. Otóż mądre stare przysłowie: że złe sprowadza za wsze coś dobrego, i pośród naszych opłakanych stosunków może znaleść potwierdzenie. Być też może, że w następstwie odwiedzin miast tureckich przez nowego wschodniego gościa da się coś zrobić i tutaj pod względem hygieny, a mianowicie że ulicom i placom targowym nada się pozór bardziéj malowniczy.

Na zakończenie i w interesie tych z moich względnych czytelników, którzyby chcieli zapoznać się z bardziéj szczegółowemi opisami gorączki „dengue", pozwolę sobie wskazać następujące źródła:

Castoriades: „La fièvre Dengue" à Chypre. Nat. Board of Health, Bull. 1880. Russel Raynold: „A system of Medicine" 1881 Pruner-bey: „Krankheiten des Orientes", Erlangen 1817. H. Brun: „La dengue à Bayruth". Pasqua: „Bull. de Therapeutique, Janvier 80. W. Aitken: „Science and Practice of Medecine", T. I, str. 352. Thaly: Archives de medecine navale, 1866. Richardson: „Clinical Essays", T. I, str. 342. Med: Surg: Journal, Octobre 1828. Dictionnaire encyclopedique de Jacoud, Littré, Deschambre, etc. (C. d. n.)

VIII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Prof. J. Forster (Amsterdam): **O wpływie nasyconych roztworów soli kuchennéj na prątki chorobotwórcze.**

F. wykonał szereg doświadczeń celem zbadania działania soli kuchennéj w nadmiarze użytéj na żywotność pewnych chorobotwórczych i zakaźnych drobnoustrojów. W tym celu posypywał hodowle pewnych bakteryj, które bujnie rozwinęły się na stałéj pożywce, solą kuchenną w takiéj ilości, aby woda w pożywce się znajdująca nie była przesyconą i jeszcze nadmiar nierozpuszczonéj soli pokrywał hodowlę i pożywkę; po pewnym czasie przeszczepiał część tych hodowli na świeżą pożywkę gelatynową lub na zwierzęta. Okazało się, że różne rodzaje bakteryj różnie się zachowywały, n. p. prątki choleryczne Kocha ginęły już w kilka godzin po pokryciu wyjałowioną solą, przeciwnie zaś prątki durowe, ropotwórcze stafilokoki, streptokoki róży, bakteryje róży świń pozostały przy życiu nawet przez miesiące, dopiero po dłuższem zadziałaniu rozwijały się hodowle późniéj i powolniéj. Doświadczenia te mają dlatego praktyczne znaczenie, ponieważ w niektórych miejscowościach istnieje zwyczaj, aby mięso wołów i świń, dotkniętych przy zarzynaniu ogólną gruźlicą (perlicą), gdzie z tego powodu jego użycia zakazano, po 2—3 tygodniach wracano właścicielom do wolnego użycia, sądząc, że przez solenie zostają prątki gruźlicze zabite. Tymczasem ma się rzecz ta według doświadczeń autora przeciwnie. F. użył do doświadczeń tych nie tylko sztucznych hodowli prątków gruźliczych, lecz także narządów zwierzęcia, zajętych guzami perlicowemi. Pracując nad zaraźliwością plwocin gruźliczych i nad ich leczeniem ze stanowiska zapobiegawczego, mógł w odnośnych doświadczeniach z solą kuchenną wykazać prątki gruźlicze zarówno używając karbolu i fuksyny, jak i pierwotnego postępowania Kocha. Przyczyną odporności tych prątków wobec soli kuchennéj są prawdopodobnie zarodniki. Z doświadczeń tych wynika, że solenie mięsa zwierząt, dotkniętych perlicą, chorobami połogowemi (streptokoki róży), ropotwórczemi wcale nie niszczy znajdujących się w mięsie bodźców chorobowych, z wyjątkiem pasorzytów wąglika w postaci wegetatywnéj; solenie samo nie rozwija działania przeciwgnilnego, ani odrażającego. (*Münch. m. Woch.* 1889, Nr. 29). *Dr. Baschkopf.*

L. 87681 **Okólnik**

do wszystkich PP. c. k. Starostów i WWPP. Prezydentów miast: Lwowa i Krakowa.

Wysokie c. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych udzieliło reskryptem z dnia 10 grudnia b. r. l. 22989 swe rozporządzenie z dnia 12 grudnia b. r. o cenniku leków na rok 1890.

Posyłając Panu c. k. Staroście odpis tego rozporządzenia, które niebawem w Dzienniku ustaw państwa będzie ogłoszonem i którego postanowienia od 1 stycznia 1890 obowiązują, poleca się Panu o tych postanowieniach i o zmianie dotychczasowych postanowień co do zapisywania i wydawania lekarstw bezzwłocznie zawiadomić wszystkich w powiecie zamieszkałych lekarzy, chirurgów i weterynarzy.

Oraz zawezwiesz Pan lekarza powiatowego, względnie asystenta sanitarnego, aby się dokładnie zaznajomił z postanowieniami tegoż rozporządzenia i ściśle dozorował wykonywania tych postanowień przez organa sanitarne.

Lwów, dnia 21 grudnia 1889. *Badeni.*

Rozporządzenie

c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z d. 12 grudnia 1889, dotyczące cennika leków na rok 1890.

Z dniem 1-go stycznia 1890 obowiązuje cennik leków, wydany nakładem c. k. drukarni nadwornéj i państwowéj pod tytułem: *„Arznei-Taxe für das Jahr 1890 zur VII. Auflage der österreichischen Pharmakopöe."* Rozporządzenie c. k. Mini-

sterstwa spraw wewnętrznych z dnia 28 listopada 1885 (Dz. ust. pań., Nr. 167) dotyczące cennika leków, przestaje obowiązywać z dniem 1 stycznia 1890, a natomiast ogłasza się następujące postanowienia:

§ 1. Wszyscy aptekarze bez wyjątku, tudzież uprawnieni do utrzymywania domowéj apteki lekarze i chirurdzy, względnie weterynarze, mają ściśle stosować się do cennika leków, obowiązującego od 1 stycznia 1890 i posiadać jeden drukowany egzemplarz takowego.

§ 2. Ogólne postanowienia i prawidła, które ogłoszono rozporządzeniem Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 1 lipca 1889 roku (Dz. p. p., Nr. 107), a umieszczone we wstępie siódmego wydania austryjackiéj farmakopei, tudzież wyszczególnione poniżéj przepisy mają być ściśle przestrzegane przez aptekarzy, lekarzy i chirurgów.

§ 3. Te artykuły lecznicze, których wydawanie ograniczono szczegółowemi rozporządzeniami i które o ile należą do artykułów obowiązujących (oficyjalnych), w niniejszym cenniku, jak i w farmokopei, tłustym drukiem są oznaczone, a nadto objęte czwartą (IV) tablicą farmakopei, mogą być wydawane przez aptekarzy tylko na prawidłowy przepis (receptę) uprawnionego w téj mierze lekarza, chirurga lub weterynarza.

Na mocy rozporządzenia Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 1 sierpnia 1884 r. (Dz. p. p., Nr. 131) nie dotyczy to kwasu karbolowego, witryolu cynku i witryolu miedzi, o ile te środki nie mają być użyte jako lekarstwa, lecz jedynie jako środki odrażające (desinfekcyjne), dlaczego też należy napis (sygnaturę) „do desinfekcyi" umieścić na naczyniu wyraźnie i widocznie. Również nie dotyczy to chloroformu, jeżeli tenże w mięszaninie, przeznaczonéj do zewnętrznego użytku, nie przenosi 20% całéj ilości mięszaniny.

§ 4. Przy przyrządzaniu i wydawaniu lekarstw należy w każdym kierunku jak najdokładniej przestrzegać wskazówek przepisu lekarskiego (recepty). Przepisy lekarskie, w których lekarz przekroczył najwyższą dawkę leku, oznaczoną na tablicy trzeciéj VII-go wydania farmakopei austryjackiéj z roku 1889, tylko w takim razie mogą być ekspedyjowane według ordynacyi, jeżeli lekarz obok liczb, oznaczających ciężar leku, dodał w nawiasie wykrzyknik (!). Nadto zarządza się, aby w receptach zawierających leki objęte wykazem dawek maksymalnych ilość tychże leków nie tylko cyframi, ale także słowami dokładnie oznaczono.

§ 5. Przepis lekarski (recepta) powinien być we wszystkich swych częściach wyraźnie i czytelnie napisany. Na przepisy nieczytelne lub niezrozumiałe aptekarzowi niewolno wydawać leków bez zasięgnięcia poprzód wyjaśnienia od ordynującego lekarza. Na każdym przepisie winien lekarz sam podać nazwisko i mieszkanie strony, dla któréj lek przeznaczony; jeżeliby zaś lekarz tego nie uczynił, ma aptekarz uzupełnić przepis w tym kierunku.

§ 6. Powtórne wydawanie leku na tę samą receptę dozwolonem jest tylko dla téj osoby, która na recepcie jest wymienioną. Jeżeli zachodzi uzasadniona obawa nadużycia leku, natenczas winien ordynujący lekarz zaopatrzyć przepis klauzulą *„ne repetatur"*, a w takim razie nie wolno aptekarzowi na receptę opatrzoną taką klauzulą wydać leku powtórnie.

§ 7. Zabrania się wydawania leków na odpisy recept, jak niemniéj kopijowania recept w aptekach. Wyjątek od tego stanowią szczególniejsze okoliczności, a mianowicie, jeżeli lek wydanym bywa na koszt funduszu publicznego, zakładu dobroczynnego, stowarzyszenia i t. p. W takim przypadku winien aptekarz na odpisie recepty wyraźnie podać powód odpisania jéj i uwagę tę swoim podpisem potwierdzić.

§ 8. Przepisy lekarskie, opatrzone dopiskiem *cito* lub *statim*, należy z wszelkim pośpiechem ekspedyjować.

§ 9. Niewolno ekspedyjować leków na przepisy, opatrzone dodatkiem: *secundum meam praescriptionem* lub inną podobną uwagą, któraby wskazywała jakąś tajemnicę lub też porozumienie się aptekarza z lekarzem, które w wszelkich stosunkach lekarza do aptekarza jest wzbronione.

Lekarzom zabrania się na receptach używać podobnych dopisków lub uwag.

§ 10. Przy wydawaniu leków na koszt funduszów publicznych, zakładów dobroczynnych, kas dla chorych i t. p., jak niemniéj dla niezamożnych, a także, jeżeli strona tego wyraźnie się domaga, należy obliczyć tylko te naczynia (przechówki), które w cenniku jako najtańsze oznaczono.

To samo czynić należy, jeżeli lekarz z powodu niezamożności chorego umieścił na przepisie uwagę: *fiat expeditio simplex.*

§ 11. Jeżeli dla którego artykułu leczniczego ustanowioną jest jedna cena, należy według niéj wszelką ilość leku wydawać, za artykuły zaś z ceną dwojaką lub trojaką należy obliczać należytość za większą ilość według ustanowionych cen zniżonych.

Jeżeli jednak przez pomnożenie ceny za dawki mniejszéj ilości zostałaby przekroczoną cena zniżona dla większéj ilości, to w takim razie ta ostatnia cena winna być zastosowaną.

§ 12. Jeżeli należytość przy taksowaniu za lek nie dosięga jednego centa, może być za cały cent policzony, jeżeli zaś za pewien artykuł oprócz jednego lub więcéj centów przypada jeszcze do wypłaty ułamkowa część centa, to może być ona za cały cent policzoną. (Dok. nast.)

Treść rozporządzenia c. k. Namiestnictwa z 27/9 1888 r. L. 54.066 w sprawie nadzoru nad budynkami leczniczemi i humanitarnemi.

(Do pp. Starostów i pp. Prezydentów). Ponieważ według § 1 i 2 ust. z 30/4 1870. Dz. pp. Nr. 68 przysługuje administracyi rządowéj prawo nadzoru nad wszelkiemi sprawami sanitarnemi, a w szczególności nad zakładami leczniczemi i humanitarnymi, przeto poleca się Panu (do pp. Starostów), abyś w razie udzielenia koncesyi tam, gdzie zachodzi kompetencyja rządowéj władzy politycznéj, przed udzieleniem jéj przedkładał c. k. Namiestnictwu plany nowo budować się mających budynków, lub plany na przebudowanie, albo adaptacyję budynków istniejących a przeznaczonych na umieszczenie zakładów leczniczych lub humanitarnych. W razie zaś udzielenia koncesyi budowlanéj przez Urząd gminny, należy go zawezwać, aby przedłożył plany c. k. Starostwu i przedstawić je następnie wraz ze swemi uwagami c. k. Namiestnictwu do ocenienia. W myśl bowiem § 10 pomienionéj ustawy podlegają plany budynków powyżéj podanych ocenieniu c. k. kraj. Rady zdrowia, na podstawie którego wyda c. k. Namiestnictwo swe orzeczenie.

(Do pp. Prezydentów): abyś przed udzieleniem koncesyi budowlanéj przedkładał c. k. Namiestnictwu plany budynków, nowo budować się mających, lub plany na przebudowanie, albo adaptacyję budynków istniejących, a przeznaczonych na umieszczenie zakładów leczniczych i humanitarnych, celem ocenienia takowych na podstawie orzeczenia c. k. kraj. Rady zdrowia (§ 10 ust. sanitarnéj) przez c. k. Namiestnictwo.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dn. 15 bm. pod przewodnictwem Prezydenta miasta posiedzenie, na którem fizyk miejski Dr. Buszek przedstawił cyfry, odnoszące się do śmiertelności w Krakowie w r. 1889. Ogółem umarło w Krakowie 2327, między nimi 637 obcych. W stosunku do roku i 1000 stanowi to z obcymi 30·9, bez nich 22·4. Średnia śmiertelność z chorób zakaźnych wynosiła 12% ogółu zmarłych. Najmniejsza śmiertelność z chorób zakaźnych była w czerwcu z 3·7 proc., największa w listopadzie w 18·8%. Na suchoty płucne umarło 460, na zapalenie płuc 372, na zapalenie jelit 205, na tyfus brzuszny 33, na tyfus plamisty 5, na odrę 16, na szkarlatynę 31, na dysenteryję 11, na ospę jedna osoba. Rok więc 1889 zaliczyć wypada do bardzo korzystnych z powodu znacznego zmniejszenia się śmiertelności z chorób zakaźnych. Fizyk powiatowy Dr. Ponikło podał do wiadomości, że i w powiecie krakowskim był rok 1889 pod względem zdrowia publicznego korzystny, że choroby zakaźne, mianowicie dysenteryja i płonica pojawiły się prawie wyłącznie tylko sporadycznie i że influenza nagabuje wprawdzie w ostatnich tygodniach bardzo wielką część ludności (są gminy, gdzie naraz koło 1/3 ludności jest chora), ale że przebieg jéj jest łagodny, a powikłanie z zapaleniem płuc bardzo rzadkie. Po załatwieniu kilku ważnych spraw bieżących wezwano Magistrat, by przed wprowadzeniem w mieście obowiązkowéj desinfekcyi w chorobach zakaźnych przedstawił na najbliższem posiedzeniu komisyi sanitarnéj projekt urządzenia służby desinfekcyjnéj, któraby w mieszkaniach prywatnych dokonywała desinfekcyi według instrukcyi przez komisyję

sanitarną uchwalonéj, a przez Radę miejską stwierdzić się mającéj.

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 16 stycznia. We wtorek odbyła się w hotelu drezdeńskim wspólna kolacyja członków Tow. lekarskiego na pożegnanie roku ubiegłego. Zebrało się kilkudziesięciu członków; bawiono się ochoczo i wznoszono liczne toasty. Prezes tegoroczny kol. Mars rozpoczął ich szereg i to na cześć Uniwersytetu, a względnie Wydziału lekarskiego; Rektor Magnif. pił na łączność Tow. lekarskiego z Wydziałem lekarskim; kol. Domański na cześć redakcyi *Przeglądu Lek.*; redaktor wniósł toast na cześć ustępującego prezydyjum Towarzystwa; kol. Gluziński na cześć kol. Domańskiego jako orędownika wodociągów krakowskich itd.

* Doszło nas zaproszenie na X. kongres lekarski międzynarodowy, odbyć się mający w Berlinie od 4—9 sierpnia r. b. Członkiem może być każdy lekarz; składka wynosi 20 marek, za które otrzyma się egzemplarz sprawozdania zjazdowego.

* Magistrat tutejszy przypomina lekarzom praktykującym, że pod grzywną 1—100 złr. obowiązani są donosić o każdym przypadku choroby zakaźnéj. Tyczy się ten obowiązek i influenzy, a pomimo że choroba ta już od kilku tygodni panuje w mieście, nikt z lekarzy Magistratowi nie donosi. W raportach pożądane są spostrzeżenia co do powstawania i szerzenia się choroby i skuteczności środków zaradczych. Blankiety znajdują się w każdéj aptece.

* Otrzymaliśmy list następujący:

Proszę uprzejmie o łaskawe umieszczenie w kronice przyszłego numeru *Przeglądu* następującéj ostatniéj odezwy. „Dla dokładnego ukończenia sprawy moich ciałek na tem miejscu uważam za potrzebne podać jeszcze następujące wyjaśnienia.

1. Właśnie w tutejszem Towarzystwie lekarskiem, jak w ogóle przy wszystkich moich tak licznych demonstracyjach, pokazywałem i pokazuję przedewszystkiem na izolowanych włóknach nerwowych, że między komórkami Schwanna a mojemi ciałkami najmniejszego nie ma podobieństwa.

2. Prof. Cybulski omijając fakt, że tylko człowiek dorosły posiada ciałka nerwowe, komórki zaś Schwanna są składnikami każdego nerwu, omijając więc fakt, który czyni każdego rodzaju inne dowody samoistności tych ciałek zupełnie zbytecznemi, tem samem sam ten dowód uznaje.

3. Jeżeli zatem pomimo to jeszcze innego specyjalnego żąda dowodu, żądanie, którego wartość zresztą na innem miejscu jeszcze wyjaśnię, to takie żądanie dostatecznie samo się charakteryzuje. *Adamkiewicz.*

* **Warszawa.** Prezesem Tow. lekarskiego na rok bieżący wybrany został prof. Brodowski, wiceprezesem Dr. Przewóski, sekretarzem dorocznym Dr. Jakowski.

* Kol. Rybicki ze Skierniewic donosi w *Medycynie*, że w influenzy, w samym początku choroby, podany środek wymiotny działa bardzo korzystnie, o ile objawy natychmiast łagodnieją, a powrót do zdrowia szybko następuje. Skuteczność wczesnie zastosowanego środka tłomaczy pobudzeniem wydzielin wszystkich błon śluzowych, przez co znaczna część zarazka, nagromadzonego pierwotnie na ich powierzchniach, doraźnie usuniętą zostaje.

* *St. Petersb. med. Woch.* donosi, że prof. Wahl w Dorpacie doznał ciężkiego uszkodzenia skutkiem przejechania. Sprawdzono złamanie 10 i 11-go żebra lewego, prawdopodobny uraz nerki lewéj, gorączkę i upadek sił. Prof. Wahl liczy lat 57.

* **Odznaczenie.** Prof. położnictwa w Celowcu Dr. Krassnig otrzymał tytuł radzcy rządowego.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Jan Kulczyński mianowany został lekarzem miejskim w Lubaczowie.—Stopnie doktorów w. nauk lekarsk. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp Stanisław Mateusz Dekański, rodem ze Stróża w Lubelskiem i Bolesław Franciszek Nodzyński, rodem z Wieliczki.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Królewiec.** Prof. Hippel w Giessen przyjął zaproszenie na katedrę kliniki okulistycznéj, a prof. Mikulicz ma zostać następcą Volkmanna w Hali.

* **Zmarli.** Dr. Józef Paneth, docent fizyjologii we Wiedniu, lat 33 liczący; tamże Dr. Schulz w 73 roku życia, znakomity praktyk; w Hali Dr. Kunze, autor rozpowszechnionego podręcznika klinicznego; w Rio de Janeiro prof. Müller, bawarczyk; w Würzburgu prof. chorób usznych, baron Antoni Fryderyk Troeltsch, urodzony w r. 1829, od roku 1860 prof. otijatryi i autor licznych dzieł fachowych; w Linzu prof. położnictwa Dr. Jan Paweł Thaler w 58 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 2: Elsenberga: *Xeroderma pigmentosum*; Heryngа: O wynikach chirurg. leczenia suchot krtani (ciąg d.); — w *Nowinach Lek.* Nr. 1: Błażejewskiego; Terapija niektórych chorób płucnych; Noiszewskiego: Przeszczepianie spojówki przy jaglicy; Panieńskiego: O śmierci przez zmarznięcie ze stanowiska med. sąd.; Wicherkiewicza: O wartości leczenia samoistnie odszepionéj siatkówki sposobem Schölera; Panieńskiego: Padaczka częściowa. — W *Medycynie* Nr. 2: Radziszewskiego: Przyczynek do etijologii tężca reumatycznego.

Redakcyja otrzymała:

PRUSZYŃSKIEGO: O zachowaniu się kw. amidosalicylowych w ustroju (Odbitka z *Gaz. Lek.* 1889) in 8-vo str. 12. — Dr. CHŁAPOWSKI: O rozpozn. niektórych zboczeń w położeniu jelit i zapobieg. ich skutkom. — Tenże: Wspomnienie poświęcone ś. p. Tytusowi Chałubińskiemu (Obitka z *Nowin Lek.* 1889 in 8-vo str. 9 i 8).— Prof. Dr. G. POMMER: Teratologische Mittheilungen. (Odbitka z *Berichte d. naturw. med. Vereins.*). Insbruck 1889, in 8-vo str. 50, z 2 t.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie d. 22 bm. o godzinie 6-téj w sali prof Blumenstoka posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. Browicz okaże rzadki przypadek zmian tchawicy; 2) kol Sroczyński przedstawi chorego z kliniki okulistycznéj po wykonanem wydobyciu wągra z gałki ocznéj. 3) Kol. Kaufman o fizyjol. działaniu mięsienia.

W środę d. 22 stycznia o godz. 5½ popołudniu, (t. j. przed posiedzeniem Tow. lek. krak.) odbędzie się w sali wykładowéj prof. Blumenstoka XIV Zgromadzenie ogólne Wydawnictwa dzieł lek. polskich w Krakowie, na które szanownych członków i prenumeratorów Wydawnictwa zapraszam.

Prof. Dr. Korczyński.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 25 Stycznia 1890. Nr. 4.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Zastosowanie kreoliny w chirurgii.

Podał
Dr. Zielewicz,
lekarz naczelny oddziału chirurg. w szpitalu St. Miłosierdzia w Poznaniu.

Wobec dzisiejszego kierunku techniki chirurgicznéj, dążącéj do wyemancypowania się zupełnie z pod wpływu środków antyseptycznych w zastosowaniu do ran świeżych, na każdy nowy środek przeciwgnilny spogląda się ze strony chirurgów z góry, choćby wynalazcą jego był mąż takiéj na tem polu powagi, jak Lister[1]). Da się to samo powiedzieć i o kreolinie. Każdy, kto śledził literaturę tego nowego, od kilku jednak już lat znanego środka, przyzna, że fachowa chirurgija uporczywe o nim zachowywała milczenie, a to oczywiście dla tego, ponieważ nie chciano nawet zwracać uwagi na środek, którego skład chemiczny i sposób fabrykacyi pokrywany był tajemnicą w celach konkurencyjnych. Więc i my z tego powodu mieliśmy już sposobność wyrazić swoje przekonanie[2]), dziś zaś w kwestyi kreoliny ponownie zabieramy głos dla tego, ponieważ ostatniemi czasy w literaturze fachowéj pojawiły się zdania, które sprawę niniejszego środka na nowe wprowadzają tory.

Od chwili, jak się udało Henlemu[3]) uskutecznić rozbiór kreoliny, takowa przestała być „środkiem tajnym.“ Mięszanina wiadoma kreoliny składa się tedy według Henlego z mydła smołowego, oleju kreolinowego, pyridyny i fenolu. Brak jednego z tych części składowych, z wyjątkiem pyridyny, odbiera kreolinie jéj własności przeciwgnilne. Znając zaś skład chemiczny, nie trudno będzie każdemu chemikowi pod kontrolą na drodze syntezy sfabrykować kreolinę, a tym sposobem na przyszłość upada zarzut, że tajemniczość fabrykacyi cennemu zkądinąd środkowi w oczach ludzi naukowych odbierać musiała część jego wartości.

[1]) cf. Wykład Listera, miany d. 4 listopada 1889 w *Medical Society of London.* — [2]) *Nowiny Lekarskie* 1889. Zeszyt 2, str. 99.— [3]) *Ueber Creolin und seine wirksamen Bestandteile. Archiv f. Hygiene* 1889, str. 188.

Chemiczne badania Henlego i tę praktyczną mają doniosłość, że w nich znalazło potwierdzenie, wypowiedziane już przed rokiem przez E, Rottera[1]) zdanie co do desinfekcyjnéj wartości mięszanin. Rotter twierdzi mianowicie, że przez zmięszanie różnych środków antyseptycznych w minimalnych ilościach działanie ich przeciwgnilne wzmaga się i tym sposobem małemi ilościami tych trucizn jesteśmy w stanie osiągnąć doniosłe skutki przeciwgnilne. Mięszanina tedy składająca się n. p. z 0·5% kwasu karbolowego i 0·001% sublimatu działa energiczniéj, niż kwas karbolowy lub sublimat sam w rozcieńczeniu powyżéj oznaczonem, a przytem mięszanina przeciwgnilna nie jest trującą.

Badania Henlego odnoszą się wyłącznie do kreoliny z hamburskiéj fabryki Pearsona et Comp., spodziewać się jednak można, że fabrykacyja kreoliny wejdzie odtąd na drogę pewnéj jednolitości i pozbywszy się swego tajemniczego charakteru stworzy nam preparat o stałym składzie chemicznym, na który się w praktycznem zastosowaniu spuścić będzie można.

Zdaje się, że także z powodu różnéj fabrykacyi kreoliny nie można było dotąd jednolicie rozstrzygnąć pytania: czy środek ten jest trucizną, lub nie. Tak pod względem doświadczalnym jako i klinicznym podzielono się na dwa przeciwne obozy, większość jednak oświadcza się za nieszkodliwością kreoliny Pearsońskiéj w każdym razie. Baumgarten[2]) skonstatował wprawdzie trujące własności kreoliny, ale eksperymentował tylko na tak małych zwierzątkach, jak świnki morskie, którym środek ten podskórnie wstrzykiwał, to też jego wyniki w zastosowaniu do człowieka nie mogą być decydującemi. Ermengen[3]) także na drodze eksperymentalnéj przyszedł do wręcz odmiennego zdania: kreolina jest *antisepticum* pierwszorzędnem, nie drażni jak kw. karbolowy i sublimat, a własności trujących całkiem nie posiada. Dodać

[1]) *Zur Antiseptik. Centralblatt f. Chirurgie* 1888. Nr. 40. — [2]) *Mittheil. über einige das Creolin betreffenden Versuche. Centralblatt f. Bacteriologie.* Bd. V, Nr. 4. — [3]) *Recherches expérim. sur la créoline.* Ref. w *Centralblatt für Chirurgie* 1889, Nr. 33.

winniśmy, że van Ermengen doświadczenia swoje odnosi do kreoliny Pearsona. Do podobnych wyników przyszedł Blas na drodze doświadczalnéj [1]). Że wewnętrzne użycie kreoliny u zwierząt aż do 50 grm. nie wywoływało objawów zatrucia, wiadomo było już dawniéj z doświadczeń Fröhnera. Pod względem klinicznym za szkodliwością kreoliny przemawiają Rosin [2]) i Cramer, a wreszcie w bardzo stanowczym tonie van Ackeren. W przypadku Rosina chodziło raczéj o *sepsis puerperalis*, niż o zatrucie, a przypadek Cramera odnosi się do dziecka, które zresztą wyzdrowiało, najmniéj zaś jest w stanie zachwiać nas w zaufaniu do kreoliny van Ackeren. Tenże ogłosił [3]) z kliniki Gerharda przypadek mniemanego otrucia kreoliną i wysnuł zeń wnioski zbyt daleko idące. Jeżeli mężczyzna dorosły wypije około 250 kcm. nierozcieńczonéj kreoliny (w celach samobójczych) i po 20 dniach leczenia wychodzi zdrów ze szpitala, to taki środek antiseptyczny według pojęć dzisiejszéj techniki desinfekcyjnéj za niebezpieczny w myśl Ackerena uważanym być nie może.

Używając kreoliny od dwóch przeszło lat, tak w praktyce szpitalnéj, jako i prywatnéj, posługiwałem się prawie wyłącznie fabrykatem Pearsonowskim i doświadczenia moje przemawiają tylko na korzyść tego środka. Pomijam niezaprzeczenie ujemne własności kreoliny, mleczne zabarwienie rozczynu, mocny, dla osób nerwowych, nim się doń przyzwyczają, przykry zapach — wady te są powszechnie znane, lecz obok dodatnich własności kreoliny nie czynią jéj ujmy. Ów smołowy osad na dnie naczynia da się łatwo ominąć, gdy się tylko świeżych używa rozczynów, lub przynajmniéj takich, które nie dłużéj nad 10—12 godzin zostały przyrządzone.

Tymczasem wady te, które się w przyszłości niezawodnie ominąć dadzą, sowitą znajdują rekompensacyję w dodatnich własnościach kreoliny, a do tych zaliczamy; 1) własności jéj przeciwgnilne w wysokim stopniu; 2) zupełny brak ubocznego, trwającego działania, przynajmniéj w ilościach, jakie do celów chirurgicznych wystarczają; 3) znakomite własności odwaniania (*desodoratio*).

Aczkolwiek przeciw działaniu antiseptycznemu kreoliny ze strony bakteryjologów tu i owdzie podnoszą się wątpliwości, liczba klinicznych spostrzeżeń przemawiających na korzyść tego środka wzmaga się z dnia na dzień, tak w chirurgii, jako i w ginekologii. Moje oświadczenia, oparte na znacznéj liczbie większych i mniejszych zabiegów operacyjnych, każą mi upatrywać w kreolinie nader cenny środek, którego w praktycznem zastosowaniu żaden z dotychczasowych zastąpić mi nie jest w stanie. Do spłókiwania ran używam rozczynu $\frac{1}{2}$—2%, do opatrunku używam często gazy w tymże rozczynie umaczanéj i lekko wyżdżętéj. Lekko ściągające działanie kreoliny wywiera korzystny wpływ na krwotoki miąższowe, a owo zresztą niemiłe mleczne zabarwienie rozczynem było mi nieraz pożądanem o tyle, że przy zlewaniu pola operacyjnego kreoliną małe naczynia broczące łatwiéj w oko wpadają.

Od czasu do czasu uważałem po kreolinie wypryski (eczema), od czego jednak żaden środek antisept. nas nie uwalnia, do maceracyi skóry atoli przychodzi nader rzadko, gdyż opatrunek prędko wysycha. Na moich rękach skutkiem mycia kreoliną występuje wyprysk, inni dostają go od kw. karbolowego, inni znów od sublimatu.

Zaufanie do bezwzględnéj nieszkodliwości kreoliny angielskiéj spowodowało mnie do zastosowania środka tego w tych razach, gdziem się dotychczas, z obawy przed trującemi własnościami sublimatu i kw. karbolowego, posługiwałem kwasem borowym, a więc 1) u dzieci i starszych; 2) u osób osłabionych, u chorych ze zmianami organicznemi (n. p. skrobiowe zwyrodnienia trzew); 3) do irrygacyi jam ciała.

Decydującem dla mnie doświadczeniem nad nieszkodliwością kreoliny był przypadek usadowionego tuż nad zdziergaczem raka odbytnicy (*adenoma*), który w prywatnéj praktyce u osoby czterdziestoletniéj operowałem w maju r. 1888. Celem utrzymania rany pooperacyjnéj w stanie aseptycznym urządziłem wlewania dwuprocentowego rozczynu kreoliny w odbytnicę trzy razy dziennie po kilka litrów, bez najmniejszéj szkody dla pacyjentki. W kilka godzin po irrygacyi pokazywała się kreolina w moczu ciemno zabarwionym, bez białka, mimo to przez kilka dni z rzędu irrygowano daléj. Nie mogę więc dzielić zapatrywania Ackerena, że jak tylko w moczu pokaże się znane charakterystyczne brunatne zabarwienie, należy kreolinę usunąć; mojem zdaniem objaw ten nie jest jeszcze dostatecznym objawem zatrucia kreolinowego, jakkolwiek nie przeczę, że pewna ostrożność i tu nie zawadzi. W każdym jednak razie na podstawie licznych doświadczeń uważam kreolinę za środek przy operacyjach w kiszce odchodowéj niezbędny, czy to do wypłukiwania ran, lub do ich tamponady. Do tamponowania używa się dziś powszechnie gazy jodoformowéj, która jednak do tego celu użyta ostatniemi czasy okazała się [1]) środkiem wcale nie obojętnym.

Nader pożądanym środkiem jest kreolina w terapii chorób pęcherza moczowego. Narząd ten znosi, jak wiadomo, bardzo źle tak sublimat, jak i kwas karbolowy, dlatego gdy nam zależało na dokładnem wypłukaniu pęcherza większemi ilościami płynu antiseptycznego, uciekaliśmy się do kwasu borowego, do nadmanganianu potasowego, do octanu glinu, środków, z których żaden pod względem pożądanych tutaj własności z kreoliną współzawodniczyć nie może. Do irrygacyi pęcherza wystarcza $\frac{1}{2}$-procentowy rozczyn w letniéj wodzie. W chroniczném *cystitis* terapija kreolinowa dobre dawała mi wyniki. W katarze pęcherzowym, towarzyszącym przerostowi gruczołu krokowego, nie znam lepszego nad kreolinę środka. We wzmiankowanem cierpieniu prostaty nie chodzi tyle o sam gruczoł, ile o następowe cierpienie pęcherza, więc jeżeli nam się uda katar pęcherzowy częstemi irrygacyjami kreoliny jako tako powstrzymać, tośmy już osiągnęli wiele i zaskarbiliśmy sobie wdzięczność naszych zwykle wiekowych pacyjentów, którzy z natury rzeczy do operatywnych zabiegów wcale nie są już skłonni. W *cystitis gonorrhoica* kreolina działa pomyślnie tak na następowe, jako i na pierwotne cierpienia.

Po uretrotomii zewnętrznéj z powodu zwężeń cewki pochodzenia tryprowego oddaje nam kreolina także pożądane usługi. Toć zwykłą zwężenia towarzyszką bywa katar pęcherza, a komplikacyja ta stanowi jednę z najważniejszych przyczyn, dla czego przeważna część chirurgów po uretrotomii pozostawia cewnik komornem w pęcherzu, choć narzędzie to bywa często przyczyną ropnego zapalenia cewki moczowéj. Otóż do zapobieżenia téj ewentualności posługujemy

---

[1]) *Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belg.* 1889, 2. — [2]) *Zur Lehre von der Creolinintoxication. Berl. klin. Wochen.* 1889, 35 — [3]) *Ein Fall von Creolinvergift. b. Menschen. Berlin. klin. Woch.* 1889, 32.

[1]) *Hochenegg-Samter. Berl. klin. Woch.* 1889.

się najchętniéj przepłukiwaniami cewki i pęcherza $1/2$% roztworem kreoliny, acz przyznać musimy, nie zawsze z pożądanym rezultatem, zwłaszcza jeżeli cewnik dłuższy czas w pęcherzu pozostawić byliśmy zmuszeni.

Nader wdzięczne pole do zastosowania kreoliny stanowi opłucna. Kto po operacyjach otoku opłucnowego uważa za konieczne wypłukiwanie jamy opłucnowéj, temu kreolina musi być bardzo pożądanym do tego celu środkiem z powodu swoich antiseptycznych, a jednak nie trujących własności. Od czasu, gdy w przypadku resekcyi żebra z powodu otoku opłucnowego, niezbyt zastarzałego, zdarzyło mi się zatrucie skutkiem przepłukania jamy rozczynem sublimatu 1:5000, powitałem w kreolinie jedyny wszelkim warunkom tutaj odpowiadający środek. Dotychczas nie znamy metody operacyjnéj, któraby w starszych otokach dawała nam zupełną gwarancyję dokładnego z jamy odpływu i należytego jéj wyczyszczenia, zwłaszcza jeżeli jama, jak to się zdarza, poprzerastana jest błonami lub pasmami rzekomemi. Ztąd też to pochodzi niebezpieczeństwo ze strony środków takich, jak sublimat do płókania użytych, kreolina jest jedynym płynem, którego w tym celu bez wszelkiéj obawy w dowolnéj ilości użyć możemy. Macica i pochwa dały, jak wiadomo, Virchowowi pochop do zbadania dyfterycznej sprawy kiszek skutkiem zatrucia sublimatowego po irrygacyi tychże narządów. Odtąd też zapał do sublimatu u ginekologów bardzo ostygł i coraz liczniejsze odzywają się głosy za użyciem kreoliny przy operacyjach w macicy i pochwie. Przy perineorafii, kol poperineoplastyce, przy łyżeczkowaniu macicy: w ogólności przy operacyjach. wymagających dłuższego zetknięcia się środka desinfekcyjnego z narządem rodnym kreolina oddaje nam znakomite usługi. Wystarczają tu rozczyny 1—2%, mocniejsze n. p. 3% rozczyny sprawiają wprawdzie nie długotrwałe, lecz przykre palenie w pochwie, na co się po użyciu słabszych emulsyj chore nigdy mi nie skarżyły.

Wypłukiwanie żołądka przy raku tegoż narządu — do którego to zabiegu posługuję się zawsze doskonałym aparatem Czyrniańskiego [1]), sprawia nieszczęśliwym tym chorym znakomitą ulgę, a dodanie do letniéj wody maléj ilości 0·5% kreoliny, znoszą oni bardzo dobrze, zwłaszcza w przypadkach, gdzie mamy do czynienia z krwotokami żołądkowemi, pochodzącemi z rozpadu nowotworu. Otóż rozkład treści żołądkowéj zdaje się pod wpływem kreoliny nie postępować tak szybko i chorzy mogą dłużéj wytrzymać bez irrygacyi żołądka. Znakomite usługi oddaje nam kreolina śród przepłukania żołądka, gdy go chcemy nie tylko wypróżnić, ale i o ile można zdesinfekować przed resekcyją lub gastroenterostomiją, do czego potrzeba znacznéj ilości płynu. Wobec ewentualności zakażenia septycznego otrzewny treścią żołądkową dokładne wypłukanie żołądka kreoliną nie jest bez pewnego znaczenia zapobiegawczego.

II. Przypadek wynicowania i wypadnięcia pęcherza moczowego u kobiety, powikłany porodem [2]).

Podał

Docent Dr. A. Mars.

Wypadnięcie wynicowanego pęcherza moczowego przez cewkę moczową na zewnątrz opisują autorowie pod nazwą: *Inversio vesicae urinariae cum prolapsu* (*Exocystis, Cystoptosis*). Stan ten chorobowy napotykamy wyłącznie u kobiet i należy on do zmian bardzo rzadko się przydarzających.

[1]) *Nowiny Lekarskie* 1889

[2]) Odczytane w Tow. ginek. krak. d. 3 grudnia 1889.

Wielu autorów w podręcznikach podaje tylko nieznaczne wzmianki, a niektórzy nawet jak n. p. Antal w najnowszéj swéj monografii o chorobach dróg moczowych wcale nie wspominają o tem cierpieniu, Winckel (*Deutsche Chirurgie* Lief. 62 str. 96) poświęca temu przedmiotowi więcéj uwagi, zestawia literaturę i wylicza przypadki znane, a podane przez Meckela, Streubela, Noëla, Haëna, Weinlechnera, Olivera, Crossego, Thomsona i Percyego, omawia stosunki anatomiczne, objawy, rozpoznanie i leczenie.

W grudniu 1888 r. zostałem wezwany na naradę lekarską do Krzeszowic do położnicy, którą miał pod opieką kol. Stawowski, a do któréj Dr. Dura już poprzód i wraz ze mną był na naradę proszony. Pacyjentkę widziałem dwa razy, przebieg zaś obserwowali Dr. Dura i kol. Stawowski, którzy mi szczegółów, dotyczących wywiadów, jak niemniéj i późniejszego przebiegu łaskawie udzielić raczyli.

M. O., 25 lat licząca, żona piekarza, w młodości zawsze zdrowa, pierwszy raz rodziła przed 2-ma laty zupełnie prawidłowo. Mniéj lub więcéj w rok po tym porodzie zauważyła, że z pomiędzy warg sromowych występuje jéj od czasu do czasu guz, szczególniéj podczas natężającéj pracy, podczas gdy dźwigała cięższe przedmioty, podczas oddawania moczu i stolca. Guz ten mógł dochodzić wielkości śliwki, był niebolesny, ilekrotnie się jednak pojawił, następowało utrudnienie w oddawaniu moczu. Zrazu ustępował guz po silnym i głębokim wdechu, późniéj jednak to niewystarczało i chora musiała go sobie palcem odprowadzać, co się jéj zwykle łatwo udawało. Ponieważ, prócz nadmienionych dolegliwości innych niedoznawała, a mężowi przyznać się do cierpienia niechciała, przeto też i rady lekarskiéj wcale nie zasięgała. W końcu lutego 1888 r. ostatni raz miesiączkowała, poczem druga ciąża rozwijać się poczęła. Podczas ciąży guz pomieniony wysuwał się daleko częściéj z pomiędzy warg sromowych, zawsze jednak dawał się palcem napowrót z łatwością odprowadzić. Po za tem ciąża przebiegała prawidłowo. Dnia 1-go grudnia tegoż roku urodziła dziecię płci męskiéj, duże, silne, zdrowe. Poród na pozór nieokazywał żadnych ważniejszych zboczeń, był jednak, jak chora podawała, cięższym od pierwszego. Pierwsze bóle wystąpiły dnia 30 listopada o godzinie 10-téj wieczorem, były zrazu rzadkie i słabe, późniéj silniejsze. W 12 i pół godzin ujście zewnętrzne macicy było zupełnie rozwarte. Od chwili rozwarcia zupełnego ujścia zewnętrznego macicy chora poczęła silnie przeć podczas bólu, o $3/4$ na 12-tą pękł pęcherz płodowy i odpłynęła nieznaczna ilość wody płodowéj, a w kilka minut za jednym bólem wystąpiła główka przed części rodne i nastąpił poród. Łożysko całkowite odeszło niebawem. Po porodzie oddawała chora mocz bez żadnych dolegliwości dobrowolnie. Dnia następnego o godzinie 9-téj rano, czyli w 21 godzin, po porodzie, zauważyła chora, że z pomiędzy warg sromowych występuje guz, tym jednak razem znacznie większy, aniżeli kiedykolwiek. Próbowała robić głębokie wdechy, starała się palcem, jak dawniéj, guz odprowadzić, jedno i drugie jednak nie prowadziło do celu. Niebawem po wystąpieniu guza pojawiło się parcie bolesne na mocz i niemożność oddawania takowego, któreto objawy zniewoliły chorą do wezwania pomocy lekarskiéj. Zawezwany kolega znalazł guz pomieniony między wargami sromowemi i rozpoznał w nim częściowo wypadły przez cewkę moczową pęcherz moczowy. Obok guza zaprowadził cewnik do pęcherza moczowego i odprowadził znaczną ilość moczu, poczem macica poprzód dnem wysokości pępka sięgająca, zstąpiła na dół do wysokości połowy odległości między pępkiem a spojeniem kości łonowych. Następnie próbowano, czy się guz nieda odprowadzić, co się jednak nie udało, tylko spostrzeżono, że pod uciskiem palców guz zmniejszał swoją objętość i stawał się mniéj napięty, po zwolnieniu jednak ucisku palców wracał do pierwotnego stanu. Ani podczas pierwszego badania, ani późniéj, odpływu z części rodnych, odpowiadającego odchodom połogowym, prawie niespostrzegano. Na razie zalecono okłady zimne na powierzchnią guza i zawezwano mnie do choréj. Wieczorem tego samego dnia widziałem chorą po raz pierwszy: osoba silnie zbudowana i bardzo dobrze odżywiona, skóra wilgotna, miękka, ciepłota ciała 37·6, tętno 84. Organa klatki piersiowéj zdrowe. Przez powłoki brzuszne, bardzo grubą pod-

ściółką tłuszczową podszyte, podczas dotyku bolesne, można wyczuć na trzy palce poniżéj pępka dno macicy, zresztą wynik ujemny. Z pomiędzy warg sromowych występuje guz wielkości jaja kurzego, o powierzchni pokrytéj błoną śluzową z wejrzeniem aksamitnem. Od strony cewki moczowéj zabarwienie jego było żywo czerwone, po stronie zaś więzadełka ciemno-czerwone, gdzieniegdzie sinawo plamiste. Oglądając guz ze wszech stron dokładnie, żadnego przewodu na nim nie znalazłem. Guz ten kształtu mniéj lub więcéj kulistego dawał się po bokach i od tyłu obejść swobodnie palcem, od przodu zwężał się nagle w szypułkę grubości palca wskazującego, na któréj występował ze znacznie rozszerzonego ujścia cewki moczowéj. Ujście cewki moczowéj było guzem zakryte. Przy dotyku guz był bolesny, elastyczny, niewyraźnie chełboczący, miernie napięty, tak, że robił wrażenie torbiela o ścianach grubych, nacieklych, zbitych. Pochwa szeroka, gładka, a przez przednią jéj ścianę czuć po za spojeniem kości łonowych podłużne, na palec co najmniéj grube ciało, odpowiające rozdętéj cewce moczowéj. Część pochwowa macicy dobrze zwinięta nie okazuje nic osobliwego. W przedniem sklepieniu pochwowem wyczuć można dalszy ciąg części pochwowéj, a tem samem macicę w prawidłowem przodo-pochyleniu ułożoną. Sklepienia boczne i sklepienie tylne wolne. Tak w pochwie, jak i na powierzchni guza nieznaczna ilość śluzu. W celu dalszego badania wprowadziłem cewnik metalowy do pęcherza, przyczem odpłynęło trochę moczu mętnego; następnie, aby oznaczyć, jak wysoko sięga szypułka guza, starałem się wprowadzonym cewnikiem obejść ją w cewce do około, co mi się w zupełności udało.

Wobec tych danych rozpoznano zgodnie wypadnięcie wynicowanego pęcherza moczowego, o ścianach nacieklych skutkiem powstającego zagłobienia, i postanowiono go odprowadzić.

W celu odprowadzenia, objąłem guz końcami palców ręki lewéj od dołu i uciskając miernie w kierunku cewki moczowéj, starałem się tym sposobem jużto napięcie guza i pojemność jego zmniejszyć, jużteż to zmniejszony odprowadzić. Po kilku minutach guz zmniejszył się może o trzecią część swéj objętości, tracił napięcie i elastyczność, ściany nkładały się w grube fałdy, odprowadzić się jednak żadną miarą nie dawał. Wśród tego zabiegu doznawałem wrażenia, jakoby guz się jakiejś treści pozbywał, same jednak ściany pozostawały na zewnątrz cewki moczowéj i nawet części jéj najbliżéj położone wcale się do niéj nie wsuwały. Miarkując z grubości fałdów, w jakie się ściany guza układały, a co wśród przesuwania ścian na sobie łatwo czuć można było, grubość ich musiałem ocenić co najmniéj na pół centymetra. Nadto podczas przesuwania ścian na sobie dokładnie czuć mogłem, że wewnątrz guza gładkie powierzchnie na sobie się przesuwają. Po usunięciu palców guz powiększał się natychmiast do rozmiarów pierwotnych. Gdy powtórna próba w sposób opisany do celu nie prowadziła, probowałem sposobu podanego przez Winckla (l. c. S. 99), aby uciskać za pomocą palca lub grubego cewnika część guza najniżéj położoną, a tem samem tą, która najpierw wypadała. Odprowadzenie tym sposobem również się nie udało. Wówczas stojąc po lewéj stronie łóżka ująłem cały guz od dołu w palce ręki lewéj koszyczkowato ułożone i uciskałem go lekko ku środkowi i w kierunku ujścia cewki moczowéj. Gdy się guz znów nieco zmniejszył i ściany pofałdowały, począłem palcem wskazującym ręki prawéj, ułożonéj na wzgórku sromowym, posuwać części guza najbliżéj szypułki położone w kierunku ujścia cewki moczowéj. Tym sposobem udało mi się bardzo łatwo guz odprowadzić. Krwawienia wśród zabiegu nie było wcale. Chcąc daléj zbadać, jak się zachowuje guz odprowadzony i cewka moczowa, wprowadziłem palec wskazujący bez żadnego oporu przez cewkę do jamy pęcherza. W pęcherzu końcem palca nic wyczuć nie mogłem. Cewka moczowa przedstawiała się jako przewód szeroki, dla palca swobodnie drożny. Okolica ujścia wewnętrznego cewki moczowéj rozszerzała się lejkowato ku jamie pęcherza, i po chwili dopiero czuć można było, że ujście wewnętrzne cewki moczowéj poczyna się zwolna kurczyć. W miarę kurczenia się cewki wysuwałem zwolna palec, a nie mając pod ręką cewnika elastycznego, założyłem za pomocą sondy pasek gazy jodoformowéj do pęcherza, któréj koniec sterczał na zewnątrz warg sromowych. Uczyniłem to w celu, jużto aby utrudnić ponowne wypadnięcie pęcherza, jużteż aby pobudzić cewkę moczową do silniejszego ściągania się. Na brzuch zalecono okłady wysechające, nadto przestrzykiwania pochwy rozczynem kreoliny.

3/12 ciepłota ciała rano 38·4, tętno 94, wieczorem 38·7. Mocz sączy się z miernym bólem koło paska gazy jodoformowéj, krwawo zabarwiony, mętny. Wśród dnia lekki dreszcz, brzuch mocno wzdęty, bolesny, odbijanie, nudności, raz wymioty. Zaordynowano 6 pijawek dołem brzucha, chininę, *Aq. laurocerasi cum morphio*, *clysma*. Po południu wypadła gaza z cewki moczowéj, założono świeżą. Macica sięga dnem na dwa palce niżéj pępka, odchodów niema prawie żadnych.

4/12 ciepłota ciała rano 37·5, wieczorem 37·8. Brzuch mocno bolesny i wzdęty, znaczniejszy ból nad pachwiną lewą, silne bóle wśród odpływania moczu, wyjęto gazę z pęcherza i co kilka godzin odprowadzano mocz cewnikiem. Rozpoznano: *parametritis sinistra*, podano: *calomel cum laudano*, zresztą leczenie tożsamo.

5/12 ciepłota ciała rano 37·1, wieczorem 37·6. Chora czuje się względnie dość dobrze, brzuch mniéj wzdęty i mniéj bolesny. Silne bóle podczas odprowadzania moczu, stolca nie było. Odchodów połogowych niema żadnych. Mocz przenikliwéj amonijakalnéj woni, mętny, krwawy, zawierający w osadzie znaczną ilość ropy, skrzepy krwi i strzępy dość duże błony śluzowéj. Oddziaływanie moczu alkaliczne. Pod mikroskopem znaleziono kryształki fosforanu amonowo-magnowego i moczanu amonowego obok nielicznych kryształków szczawianu wapniowego, nadto ciałka ropy i ciałka krwi liczne.

6/12 ciepłota ciała rano 37·5, wieczorem 37·6. Po lewatywie bardzo obfite stolce cuchnące, odchody połogowe krwawe, skąpe. Przy odprowadzaniu moczu bardzo znaczne bóle. Przepłukano pęcherz moczowy $^1/_2\,\%_0$ rozczynem kwasu karbolowego. Wewnętrznie podano: *natrium benzoicum cum laudano.*

7/12 ciepłota ciała rano 37·2, wieczorem 37·4. Tegoż dnia byłem ponownie wezwany do choréj, zastałem ją widocznie zmienioną, z twarzą wystraszoną, skórą obficie potem okrytą. Brzuch bolesny więcéj po stronie lewéj, gdzie wybadać można większy opór i zbitą guzowatość odpowiadającą wypocinie maciczněj, powyżéj już rozpoznanéj. Chora żali się na znaczne bóle podczas oddawania moczu i podczas zakładania cewnika. Odprowadzony mocz barwy ciemno-czerwono dymnéj, mętny, nie przeźroczysty, przenikliwie cuchnący. Z zapachu właściwego domyślać się można, że pęcherz zawiera części zgorzelinowe, a tem samem, że najprawdopodobniéj część pęcherza, która wypadała, w całości lub częściowo uległa zgorzeli. Podano choréj *suppositoria cum laudano*, wewnętrznie: *decoctum seminum lini cum kali chlorico*, nadto zalecono przepłukiwanie pęcherza moczowego rozczynem kwasu salicylowego, założono gruby cewnik Nélatona posmarowany maścią zawierającą kokainę.

8/12 ciepłota ciała rano 37·4, wieczorem 37·9. Na brzegu dolnym ujścia cewki moczowéj spostrzeżono małą szczelinowatą rankę na kilka milimetrów głęboką. Z powodu znacznych bólów cewnik Nélatona usunięto. Podano wodę Giesshiebelską do napoju.

9/12 ciepłota ciała rano 37·8, wieczorna 38·5. Silny dreszcz, ogólne osłabienie, nudności, wymioty, czkawka. Podano w kawałkach lód, stare wino.

10/12 ciepłota ciała rano 38·2, wieczorem 37·8.
11/12 „ „ „ 37·7, „ 38·4.

Przez te dwa dni bóle wśród oddawania moczu bardzo silne. Na około ujścia cewki moczowéj gruby naciek. Wyż wymieniona ranka na dolnym brzegu ujścia cewki moczowéj pokryta wypociną szarą. Stolce bardzo częste, wolne, częścią krwawe. Upadek sił znaczny. Środki podniecające.

12/12 ciepłota ciała rano 37·5, wiecz. 38·5. Stan ten sam
13/12 „ „ „ 38·2, „ 38·5.

Upadek sił bardzo znaczny, chora apatyczna, chwilowo nieprzytomna, to znów podniecona, niespokojna, zrywa się nagle, biega po pokoju, chce uciekać, bije otoczenie, majaczy. Język suchy, stolce częste wolne.

14/12 ciepłota ciała rano 38·0. Stan ten sam zrana, po południu nagle zapad i śmierć. Oględziny pośmiertne nie zostały dozwolone. (Dok. nast.)

III. Z pracowni prosektoryjum szpit. powszechnego we Lwowie.

Przyczynki do kazuistyki „Porencephalii."

Podał
Prof. Dr. Longin Feigel,
Prosektor szpitala powszechnego lwowskiego.
(Ciąg dalszy i Dok. Patrz Nr. 3).

Co się tyczy przypadków tego rodzaju wrodzonych, to widzimy ze wszystkich opisów, iż zawsze mózg doszedł na powierzchni swéj do zupełnego rozwoju; widzimy bowiem w przypadkach częściowych braków główne bruzdy mózgowe, a nawet i korowe bruzdy wykształcone, ostatnie niekiedy tylko w położeniu swem zmienione. Z tego możemy osądzić, że braki wrodzone częściowe nie powstały przed 5-tym, najczęściéj zaś dopiero po 6—7 miesiącu rozwoju płodowego, w którym to czasie bruzdy i zwoje mózgowe wyraźnie występują. Braki takie, jak w naszym 4 tym i 5-tym przypadku, powstały również dopiero po zupełnem wykształceniu mózgu, czego dowodzą już i prawidłowo zbudowane opony twarde, z zatoką sierpowatą, prawidłowo zbudowana pajęczówka, przylegająca do opony twardéj, rysunek zwojów na pajęczówce utrzymany, wreszcie resztki utrzymanéj kory mózgowéj na oponach miękkich z prawego boku czaszki, jak to widać w naszym 4-tym przypadku. Z powyższego wynika też, że braki te wrodzone istoty mózgowéj nie polegają na braku lub wadliwości zawiązków mózgowych, lecz na innych przyczynach, na co pomiędzy innymi i Heschl zwrócił uwagę. Również i Lallemand, Cruveilhier, Roger, Brodowski i i. uważali jako przyczynę powstania tych braków sprawy zapalne istoty mózgowéj (*encephalitis*), albo samoistnie powstałe, lub też z urazu wynikłe. Kundrat zwraca jednakże uwagę, że w najczęstszych przypadkach braki porencefaliczne wrodzone mają tak właściwe wejrzenie, wyróżniające je wybitnie od innych spraw chorobowych, iż na pierwszy rzut oka musimy je uważać za skutek odrębnych jakichś spraw chorobowych. W najczęstszych przypadkach bowiem, zwłaszcza wrodzonych, wszelkie ślady pierwotnéj sprawy chorobowéj są już zupełnie zatarte, widzimy zaś tylko utratę istoty mózg., a w miejsce istoty mózgowéj nagromadzony czysty płyn surowiczy; w rzadkich tylko przypadkach widzimy obok braku istoty mózgowéj jeszcze resztki błon mózgowych lub wyściółkę komór nie gładką, lub pokryte tkaniną łączną gąbczastą, z licznemi naczyniami; w pozostałych zaś tu i owdzie szczelinach zawarty nie czysty płyn surowiczy, lecz płyn mlecznawy lub barwikiem krwi zabarwiony, a wtedy obraz chorobowy zbliżony jest do innych procesów znanych nam z anatomii patologicznéj mózgu. Z drugiéj strony torbiele udarowe (*cystides apoplecticae*), lub utraty powstałe z rozmiękczenia istoty mózgowéj u osób starszych są zupełnie podobne do tych braków, a tylko dla tego nie nazywamy ich porencefalijami, ponieważ utrata istoty mózgowéj nie leży na powierzchni, tylko w głębi mózgu i ponieważ w takich przypadkach nie tyle brak sam, jak napotkana zmiana utkania mózgu jest sprawą bardziéj w oczy wpadającą. Zachodzi tedy pytanie, czy sprawy chorobowe wywołujące opisane zmiany są we wszystkich tych przypadkach jednakie, czyli też zachodzą odrębne zmiany w przypadkach wrodzonéj porencefalii? Otóż Kundrat dowodzi na podstawie znanych dotychczas przypadków, iż przyczyną rozległych braków płodowych są rozmiękczenia, podobne do wydarzających się w innych tego rodzaju przypadkach, różnicę zaś stanowi tu tylko znaczna zazwyczaj rozległość utraty, którą ustrój płodu bez szkody dla dalszego ogólnego rozwoju wytrzymuje. Charakterystyczną jest tu jednak okoliczność, wynikająca z całego obrazu w tych przypadkach, iż nie napotykamy również i tu nigdy zupełnego zatkania naczyń i ustania krążenia, a dowóz krwi do naczyń nie jest zupełnie odcięty, lecz tylko znacznie upośledzony i dochodzi wreszcie do takiego stopnia niedokrewności, iż tkliwa istota nerwowa obumiera, podczas gdy opony mózgowe i tkanina łączna bywają jeszcze wcale dobrze odżywiane; z powodu zaś odbywającego się krążenia i częścią wytworzenia się nowych naczyń, może, zwłaszcza u płodu, nastąpić tak rychłe i dokładne wessanie rozpadowych mas, pochodzących z obumarłéj istoty nerwowéj tak, iż w pewnym okresie widzimy naczynia przepełnione drobinami tłuszczowemi, aż wreszcie pozostaje w miejscu rozpadłéj istoty mózgowéj jama wypełniona zrazu płynem mętnawym, mlecznym, wreszcie zaś czystym płynem surowiczym. Podwójne sieci naczyniowe w oponach mózgowych, prostopadłe odgałęzienie naczyń wchodzących do mózgu z opon mózgowych, wreszcie układ naczyniowy i stosunki krążenia krwi w mózgu, wyjaśniają zarazem powstanie i szerzenie się sprawy rozmiękczenia zawsze w głębokich częściach istoty mózgowéj białéj i charakterystyczne jéj rozprzestrzenienie. Jakoż widzimy w naszym 2-gim i 3-cim przypadku, iż utrata zajmuje przeważnie głębokie warstwy istoty białéj półkul mózgowych, podczas gdy istota korowa jest przeważnie tylko z zaniku wciągnięta, brakuje zaś tylko na niewielkiej przestrzeni, w przypadku zaś naszym 4-tym widzimy wobec zaniku całych półkul mózgowych przecież utrzymane resztki istoty korowéj z boku czaszki, co dowodzi, iż takowa najbardziéj opierała się zniszczeniu, a cząstki jéj nawet ocalały.

Pod jakiemi warunkami następuje u płodu taki stopień niedokrewności mózgowia, trudniéj dokładnie oznaczyć. Ogólna niedokrewność i stąd osłabienie krążenia u matki; inne wady w odżywieniu ustroju tejże; choroby łożyska i naczyń płodowych, często kiła płodu (*endarteriitis syphilitica*), wreszcie kurcze macicy, występujące w ostatnich miesiącach ciąży, do których przyczynić się może i właściwe położenie płodu, utrudniające należyte wypełnienie krwią naczyń mózgowych, mogą być powodem takiéj niedokrewności mózgu i dalszych następstw takowéj; podobnie zaś mogą w przypadkach tego rodzaju wcześnie nabytych ucisk czaszki wśród porodu, wybroczyny śródczaszkowe i t. p. szkodliwości dać powód do wystąpienia takiego obumarcia tkanin z niedokrewności (*anaemische Necrosen*). Jakoż wszystkie dotychczas znane przypadki porencefalii wrodzonéj bez zaniku całych półkul wykazują siedzibę utraty w zakresie tętnic oponowych półkul mózgowych i to najczęściéj, jak to ma miejsce i w naszym 2-gim i 3-cim przypadku, w zakresie tętnicy oponowéj średniéj, cz. tętnicy rowka Sylwijusza (*arteria fossae Sylvii*), co odpowiada i zwykłéj siedzibie rozmiękczeń wskutek niedokrewności i w przypadkach nabytych, podczas gdy nigdy siedzibą ograniczoną tych zmian nie są zwoje podstawowe mózgu, w których natomiast najczęstszą przyczyną zmian chorobowych są zatkanie lub zakrzepica naczyń (*embolia* i *thrombosis*), okoliczność, która również przemawia przeciw przypuszczeniu tych zmian jako przyczyny braków w przypadkach, w których takowe ograniczone są do półkul mózgowych, podczas gdy zwoje podstawowe widzimy nienaruszone. Tylko w takich przypadkach, w których, jak w naszym 5-tym, a poniekąd i w 4-tym przypadku, brak dotyczy i zwojów podstawowych mózgu, lub ich części, musimy jako przyczynę po-

wstania braku przypuścić i równoczesne zatkanie naczyń podstawowych przez zator (emboliję).

W przypadkach z zupełnym zanikiem półkul mózgowych Kundrat stawia pytanie, czy nie należy uważać wodną puchlinę komór jako przyczynę powstania tak rozległego zaniku?, zwraca jednakże uwagę na okoliczność, iż widzimy często bardzo wysokie stopnie wrodzonéj puchliny komór bez takiego zaniku półkul mózgowych; zresztą i utrzymane części mózgu nie wyglądają tak, jak gdyby na nie wywarty był ucisk z wewnątrz, lecz przeciwnie są w opisanych przypadkach grube, brzegi ich okrągłe, a powierzchnia wypukła, nie zaś spłaszczona; błony w otoczeniu ich zaś często bywają zgrubiałe — szczegóły, które przemawiają przeciw przypuszczeniu jako wyłącznéj przyczyny braku półkul mózgowych jedynie puchliny komór. Natomiast musimy przyznać, iż osobna postać tych przypadków, mianowicie zanik całych półkul mózgowych polegać musi na odrębnéj przyczynie, a jako taką uważa Kundrat równocześnie obok rozmiękczenia wskutek niedokrewności istniejącą puchlinę komór mózgowych, wskutek któréj brak istoty mózgowéj przybiera tak znaczną rozległość. Ułożenie płodu główką ku dołowi być może że wywiera przytem pewien wpływ na utrzymanie podstawowych zwojów, gdyż części te są wtedy najmniéj na ucisk narażone. I w tych przypadkach jednak sprawa rozmiękczenia dotyczy zawsze głównie części mózgu odżywianych przez naczynia oponowe, t. zw. płaszcza mózgowego, co przemawia przeciw przypuszczeniu zatoru lub zakrzepicy naczyń jako przyczyny wywołującéj zmiany dotyczące mózgu; że zaś i tu sprawa chorobowa polega głównie tylko na niedostatecznem odżywieniu i obumarciu z niedokrewności istoty nerwowéj, tłumaczy nam zarazem, dlaczego i w tych przypadkach, pomimo tak rozległych braków, opony mózgowe miękkie, zwłaszcza zaś pajęczówka, bywa zazwyczaj dobrze utrzymaną; istnienie bowiem osobnej silniejszéj sieci naczyniowéj w utkaniu i pod pajęczówką sprawia, iż dowóz krwi do niej jest jeszcze dostatecznym, podczas gdy odrębna delikatna sieć naczyniówki i sieci naczyniowe mózgowe mogą być słabiéj odżywiane; jakoż widzimy zwykle, jak i w naszym 4-tym i 5-tym przypadku, iż przy zaniku całych półkul mózgowych jest tylko pajęczówka utrzymaną, naczyniówka zaś zginęła wraz z korą mózgową lub ściągniętą jest w resztkach swych ku wyściółce komór; opisywana zaś w takich przypadkach tu i owdzie *meninx vasculosa* jest tylko utkaniem bliznowatem, która często wyściela wewnętrzą powierzchnię pajęczówki; wyjątkowo tylko napotkano i pajęczówkę częściowo lub całkowicie zanikłą. Gdzie zwoje podstawowe są utrzymane, widzimy utrzymaną i wyściółkę komór, gdyż takowa posiada swoje własne naczynia; często jest przytem wyściółka, jak w naszym 4-tym przypadku, zgrubiałą. W przypadkach wreszcie, jak nasz 5-ty, w którym zanikły i zwoje podstawowe, zmuszeni jesteśmy jako osobną przyczynę zaniku tychże przypuścić i równoczesne zatkanie naczyń podstawowych mózgu, obok niedostatecznego odżywienia półkul mózgowych ze strony naczyń oponowych i obok poprzednio powstałéj puchliny komór, która stała się przyczyną zaniku całych półkul mózgowych.

Co się tyczy oddziaływania braków częściowych na dalsze okolice mózgu i na budowę czaszki, to w 1-szym naszym przypadku nie widzimy ani w budowie mózgu, ani w budowie czaszki, widocznych jakich zmian, co również cechuje przypadek ten jako nabyty w ciągu życia. W 2-gim naszym przypadku widzimy obok gwiazdkowatego ułożenia zwojów w najbliższem otoczeniu braku skrócenie o 2 ctm. dotkniętéj półkuli mózgowéj i zaciągnięcie części potylicznéj tejże półkuli ku istniejącéj w niéj jamie, wskutek czego półkula ta jest mniejszą, niż półkula zdrowa, prawa, co i w innych znanych przypadkach porencephalii często się przydarzało. Odpowiednio temu widzimy i lekką asymetryję sklepienia czaszki po stronie lewéj, gdyż czaszka jest tu płytszą i jakby spłaszczoną, co również najczęściéj zdarzało się i w innychdotychczas znanych przypadkach. Komory mózgowe są jak zwykle w takich przypadkach, i w naszym przypadku lekko powiększone. W trzecim naszym przypadku widzimy również charakterystyczne dla wrodzonych tego rodzaju przypadków promieniste ułożenie zwojów mózgowych w najbliższem otoczeniu i na bocznych ścianach jamy, zresztą zaś zupełnie prawidłowe wykształcenie i ułożenie zwojów mózgowych na obu półkulach; komory, zwłaszcza lewa, odpowiednio stronie dotkniętéj brakiem mózgu, lekko rozszerzone, zwoje podstawowe małe i pokryte zgrubiałą wyściółką. Natomiast widzimy w budowie czaszki powiększone wymiary tak szerokości sklepienia, jak długości i szerokości jamy czaszkowej średniéj, właśnie po stronie lewej mózgu, dotkniętéj brakiem, co zdarza się w znanych przypadkach stosunkowo dość rzadko, a co przypisać musimy otwarciu komory lewéj do jamy braku i puchlinie zewnętrznéj po tejże stronie. Móżdżek i rdzeń przedłużony były we wszystkich naszych 3-ech przypadkach prawidłowo zbudowane. Co się tyczy ostatnich naszych 2-ch przypadków, to w 1-szym z nich uderza jedynie nieznaczne powiększenie wymiarów czaszki; w ostatnim zaś przypadku obok powiększenia jamy czaszkowéj widzimy i asymetryczne powiększenie wymiarów sklepienia i podstawy czaszki po stronie lewéj, co wytłomaczyć możemy tylko puchliną mózgową, która istniała podczas urabiania się opisanych zmian, podczas gdy obecny obraz, jako zupełnie zakończony, nie może wytłomaczyć istniejącéj asymetryi jam czaszkowych.

Co się tyczy reszty ustroju dotyczących osób, to nie widzimy w naszych przypadkach żadnych wybitniejszych zmian, pomimo tak różnorodnéj rozległości istniejących braków, z wyjątkiem tylko przypadku 3-go, w którym widzimy zdrobnienie rysów twarzy po stronie cierpiącéj, lewéj, mięśniowość nikłą, palce u obu rąk skurczone ku dłoni, wybitne zmniejszenie ręki prawéj, a nadto skurczenie (*contractura*) ręki prawéj w łokciu. Wedle Kundrata kontraktury te występować zwykły w znanych przypadkach wtedy, jeżeli przy utrzymanych zwojach podstawowych zniszczenie istoty białéj i włókien od kory do wewnętrznéj torebki (*capsula interna*) przebiegających jest obszerne, lub też, jak we wcześnie nabytych przypadkach, nastąpił brak zupełnego wykształcenia włókien nerwowych motorycznych. W naszym przypadku umiejscowienie i rozległość braku odpowiadają właśnie pierwszemu warunkowi i tłomaczą dostatecznie opisane objawy ruchowe.

Co się tyczy wreszcie oddziaływania opisanych braków częściowych na czynności umysłowe dotyczących osób, to w pierwszym naszym przypadku, w którym brak istoty mózgowéj był nabytym w ciągu życia, nie dostrzeżono żadnych zboczeń pod względem władz umysłowych; podobnie miała się też rzecz i w przypadku naszym 2-gim, pomimo, iż brak opisany miał wybitne cechy wady wrodzonéj; w 3-cim naszym przypadku natomiast, również wrodzonéj porencephalii, prócz objawów motorycznych, obok ogólnie lichego odżywienia i nędznego stanu układu mięśnio-

wego, wybitnym był idiotyzm od urodzenia, jakoteż niewyraźna mowa.

Kończąc na tem opis naszych przypadków, miło mi złożyć serdeczne podziękowanie Wielm. IP. Dr. Henrykowi Mehrerowi, prymaryjuszowi szpitala izraelickiego we Lwowie, który był łaskaw wykonać mi z natury zdjęte ryciny opisanych przypadków.

IV. O plantacyi zębów.

(Odczyt miany na zwycz. posiedz. Tow. lek. krak. d. 6 list. 1889).

Podał

Dr. Kazimierz Szymkiewicz.

Mam zaszczyt przedstawić Panom pacyjentkę, lat 19 liczącą, u której przed 25 dniami dokonałem ekstrakcyi, a następnie replantacyi pierwszego zęba trzonowego dużego w dolnéj szczęce po stronie lewéj. W dzień przed operacyją przybyła do mnie ta osoba, żaląc się na bóle w górnych zębach siecznych i w lewéj połowie dolnéj szczęki. Przed 4-ma tygodniami szukała ona pomocy u OO. Bonifratrów, gdzie wyjęto jéj drugi ząb trzonowy w dolnéj szczęce po stronie lewéj, przezco jednak dolegliwości, trwające już przeszło od roku, wcale się nie zmniejszyły. Badanie wyrwanego zęba, przyniesionego mi przez pacyjentkę, wykazało, iż na powierzchni żucia, oraz na ścianie policzkowéj znajdowały się wprawdzie próchnicowe jamy, które jednak nie drążyły zbyt głęboko i wcale nie sprowadzały takiego zadrażnienia pulpy, aby można było usprawiedliwić tak energiczny zabieg. W ten sposób pozbawioną została chora organu, który należycie ochroniony, mógł jeszcze całe dziesiątki lat z korzyścią dla żucia służyć.

Badanie zgryzu w okolicach bólami zajętych przekonało mnie, iż na zębach siecznych górnych znajdują się powierzchowne ubytki, które przy zmianie temperatury, a mianowicie przy używaniu zimnych napojów i wziewaniu chłodnego powietrza, mogły nieznaczne tylko sprawiać dolegliwości, a to przez odsłonięcie zębowiny, czułej na zmiany termiczne. Pulpa, która nigdzie widoczną nie była, mogła również przez zcieńczenie pokrywającéj ją ściany doznawać nieznacznego w tych warunkach zadrażnienia. Wszystkie te przypady ustąpiły zupełnie po zaplombowaniu otworów cementem.

Daleko głębsze jednak zmiany przedstawiły się oczom moim w drugiéj okolicy bólami zajętéj, a mianowicie na pierwszym zębie trzonowym dużym w lewéj połowie dolnéj szczęki, gdzie widoczną była głęboka próchnicowa jama, zajmująca odśrodkową (*distal*) ścianę korony i większą część jéj powierzchni żucia. Jamę tę wypełniła mocno cuchnąca miazga rozpadowa, a badanie zgłębnikiem nie wykazało, jak było do przewidzenia, żadnych dolegliwości w jamie pulpy, która to ostatecznie już od dłuższego czasu obumarciu uledz musiała. Natomiast podczas opukiwania występowały dość silne bóle, rozpromieniające się wzdłuż całéj lewéj połowy dolnéj szczęki, aż do ucha. Bóle te miały się pojawiać dobrowolnie podczas spoczynku nocnego i przy żuciu pokarmów stałych, a łagodnieć przy zatrzymywaniu w ustach zimnéj wody. Ponieważ ząb ten twardo jeszcze był osadzony, a otaczające części miękkie, oraz ściany kostne zębodołu, nie okazywały żadnych objawów zapalnych, musiałem rozpoznać w niniejszym przypadku ostre zapalenie okostnéj w pierwszym okresie jéj rozwoju t. j. w stadyjum przekrwienia, wywołane dostaniem się rozkładowych części pulpy przez ujścia kanalików korzeni do zębodołu i zadrażnieniem téjże błony.

Chcąc, wobec tak znacznéj straty, jaką pacyjentka przez wyrwanie względnie zdrowego zęba dla swego odżywiania poniosła, uratować przynajmniéj ten drugi ząb, i w ten sposób lewą połowę zgryzu dla sprawy żucia ocalić, postanowiłem dokonać na nim ekstrakcyi, a następnie przygotowawszy go aseptycznie zewnątrz organizmu, wstawić napowrót w miejsce, które dotychczas zajmował. Wprawdzie można było uratować ten ząb bez narażenia choréj na tak energiczny rękoczyn, ale jeżeli się uwzględni najpierw długość czasu, jaki jest potrzebny do przeprowadzenia ściśléj desinfekcyi kanalików korzeni, dopóki wszelkie objawy zapalenia okostnéj nie ustąpią, a powtóre znaczne trudności, towarzyszące usunięciu wszelkich rozkładowych pierwiastków pulpy z kanalików i wprowadzaniu tamże nitek waty, napojonych silnym środkiem desinfekcyjnym, wobec tak niekorzystnego położenia jamy próchnicowéj, należy przyznać, iż okoliczności te dostatecznie usprawiedliwiały operacyję.

Wskazania zatem, jakie do wykonania ekstrakcyi w niniejszym przypadku miałem, były następujące:

1) Obecność znacznych rozmiarów próchnicowéj jamy, wypełnionéj gnijącą miazgą, która wydawała woń odrażającą.

2) Możliwość przeniesienia sprawy próchnicowéj na sąsiednie i przeciwległe, jeszcze zupełnie zdrowe zęby.

3) Obecność ostrego zapalenia okostnéj, połączonego z silnemi, od dłuższego czasu trwającemi bólami.

4) Brak czasu ze strony pacyjentki, która jako osoba pozostająca w obowiązku i przez cały dzień aż do późnéj nocy zajęta nie mogła codziennie, celem zmiany opatrunku do mnie przychodzić.

5) Znaczne trudności przy oczyszczaniu kanalików korzeni z powodu niekorzystnego usadowienia jamy próchnicowéj.

Najważniejszem zaś wskazaniem do wykonania replantacyi była konieczność uratowania tego zęba dla sprawy żucia, wobec utraty sąsiedniego zęba trzonowego, oraz ta okoliczność, iż pacyjentka zgadzała się na ten zabieg, przygotowana, jeżeliby się tenże ewentualnie nie udał, na powtórną ekstrakcyję. Rokowanie w tym przypadku zdawało mi się pomyślnem, a to z następujących powodów:

1) Zapalenie okostnéj przedstawiało początkowy okres, bez żadnego śladu ropienia.

2) Dziąsła i kość, tworzące odpowiedni zębodół, były zupełnie prawidłowe i sprawą zapalną nie zajęte.

3) Pomyślny rezultat, osiągnięty przy zupełnie podobnych warunkach w kilku dotychczas przezemnie obserwowanych przypadkach.

Operacyi dokonałem w dniu 13 października b. r. Za pomocą stósownych kleszczy, poprzednio 5% rozczynem kwasu karbolowego oczyszczonych, wydobyłem ząb, bez najmniejszego naruszenia kości i dziąseł i natychmiast wrzuciłem go w naczynie 2% rozczynem kwasu karbolowego wypełnione. Pacyjentce poleciłem, celem wstrzymania zresztą nie zbyt znacznego krwotoku i desinfekcyi jamy ust płukać takowe zimną wodą, do któréj dodano kilka kr pel kreoliny. Nawiasem wspomnieć muszę, iż kreolina, jako *haemostaticum*, oddała mi już w kilku przypadkach krwawienia po ekstrakcyi, bardzo dobre usługi. Obmywszy następnie własne ręce 5% kwasem karbolowym, przystąpiłem do opatrzenia wyjętego zęba, przestrzegając o ile możności zasad antiseptyki. W odległości kilku mm. od końca korzeni znajdowała się okostna w stanie zapalnym, a mianowicie okazywała lekkie nastrzykanie naczyniowe i nieznaczne zgrubienie, górne jéj partyje jednak były zupełnie prawidłowe. Jama, o któréj wyżéj wspomniałem, zajmowała całą ścianę odśrodkową aż do granic korzeni, oraz większą część powierzchni żucia, a jak się późniéj przy oczyszczaniu pokazało, przebijała ona jeszcze ścianę górną, tworząc w niéj otworek wielkości główki od szpilki, a co najważniejsza, rozciągała się i ku ścianie dośrodkowéj (*mesial*), którą także przebiła, przez co jama ta zagrażała infekcyją sąsiedniemu zębowi t. j. drugiemu dwuguzikowemu. Po usunięciu miazgi rozpadowéj za pomocą łyżeczkowatych ekskawatorów, kilku obrotami świderka osadzonego w toczydle zeskrobano rozmiękłe i próchnicą zniszczone warstwy zębowiny. Najwięcéj trudności w dalszym ciągu sprawiło i najdłuższego wymagało czasu oczyszczanie kanalików korzeni z gnijących resztek pulpy, które wydobyto za pomocą cienkich haczykowatych drucików. Następnie wymyto całą jamę i kanaliki korzeni najpierw zgęszczonym kwasem karbolowym, a późniéj czystym alkoholem i wysuszono. Ujścia kanalików zatkałem szczelnie wałeczkami złota Wolraba, same kanaliki wypełniłem cementem, a jamę główną wraz z jéj bocznemi ujściami amalgamem. Nie starałem się o wymodelowanie korony i nadanie jéj kształtów anatomicznych, wychodząc z tego przekonania, iż przy następowem

osadzaniu zęba cała ta sztuczna część korony, zrobiona z plastycznego materyjału, który dopiero w kilka godzin twardnieje, uległaby niewątpliwie zupełnemu zniszczeniu. Ostatecznie zeskrobałem najbardziéj zapaleniem zajęte części okostnéj, tuż obok ujścia kanalików i nieco końce obu korzeni spiłowałem.

Po dokonaniu tego przystąpiłem do replantacyi, wypłukawszy poprzednio skrzepy krwi z zębodołu za pomocą 2% rozczynu kwasu karbolowego. Ponieważ korzenie miały kierunek nieco rozbieżny, a i ściany zębodołu, od czasu jego opróżnienia musiały się ku powstałéj próżni zaciągnąć i takowe ścieśnić, przeto osadzenie zęba połączone było z pewnemi trudnościami, skutkiem czego powstał nieznaczny krwotok dziąsłowy, który natychmiast po osadzeniu zęba w swojem miejscu i wypłukaniu ust zimną wodą, ustał. Akt ten replantacyi według podania choréj nie sprawiał jéj znaczniejszych dolegliwości, a cała manipulacyja od chwili wyjęcia zęba, aż do końca operacyi trwała godzinę. Ząb po dokonanem osadzeniu zajął natychmiast swoje prawidłowe położenie i tylko nieznacznie ponad powierzchnię swego sąsiada wystawał. Zaniechałem wszelkich umocowań, czy to w postaci ligatur, czy też w postaci szyn gutaperchowych lub kauczukowych, idąc za zdaniem Colemana (*Lehrbuch d. zahnärz. Chirurgie u. Pathologie*), który stanowczo twierdzi, iż wszelkie takie opatrunki przeszkadzają zespojeniu się zęba z otoczeniem i są głównym powodem częstokroć występującego zapalenia, ropienia, a nawet obumarcia ścian zębodołu. Zresztą w niniejszym przypadku antagonista w drugiéj szczęce stanowił dla osadzonego zęba dostateczną szynę i ugniatał go podczas każdorazowego zgryzienia, przyczem powstający ból był wybornym regulatorem co do nasilenia tego ucisku. Wyjątkowo tylko przy replantowaniu przodkowych zębów tak w górnéj, jak i w dalszéj szczęce, czyli wogóle zębów jednokorzennych użyć można z korzyścią opaski Herbsta, o czem w jednym przypadku miałem sposobność się przekonać. Opaska ta robi się z kawałka gumy (*Cafferdam*), na któréj wytłoczone w odległości mniéj lub więcéj 1 ctm. dwa otworki, nakłada się na dwa zęby sąsiadujące z replantowanym i tam się je nitkami jedwabnemi umocowuje. Między obu otworkami znajdująca się część gumy, lekko naprężona, uciska i utrzymuje replantowany ząb w swojem położeniu.

Na drugi dzień po dokonanéj operacyi dowiedziałem się, iż chora przepędziła noc zupełnie spokojnie, doznając tylko nieznacznych bólów przy nagryzieniu tego zęba. Przedmiotowo stwierdzić można było dość znaczną ruchomość jego i bolesność przy silniejszym nacisku, również otaczające dziąsła przedstawiały objawy zapalne. Dziąsło to zapędzlowano mięszaniną składającą się z *Tra. Jodi* i *Tra. Aconiti prt. aequ.* 16/10. Ząb jeszcze nieco ruchomy, ale nie bolesny. Dziąsła nieco bledsze.

19/10. Stan ten sam. Zastósowano toż samo pędzlowanie.

24/10. Ząb replantowany mocniéj osadzony, bólów żadnych. Chora próbuje lewą połową gryzu żuć twardsze pokarmy, nie doznając przy tem żadnych dolegliwości. Pędzlowanie jak wyżéj.

26/10. Ząb silnie osadzony, nie bolesny. Dziąsło bladoróżowo-zabarwione, tylko na brzegu mocniéj nastrzykane. Zalecono 2% *kali chloricum* do płukania.

30/10. *Status idem.* (C. d. n.).

V. Oceny i sprawozdania.

Farmakologija.

Dr. H. Möser (Hamburg): **Spostrzeżenia nad użyciem przyrządu Weigerta do wziewania powietrza ogrzanego w gruźlicy płuc i krtani.**

M. robił doświadczenia na 20 chorych, z których pewna ilość cierpiała tylko na gruźlicę krtani i tchawicy. Powietrze wdychiwane i ogrzewane przyrządem Weigerta miało 160 do 260°C. ciepłoty. Posiedzenia urządzał przez 4 tygodnie codziennie po godzinie. Wdychiwania możliwe są tylko u osób nie bardzo osłabionych i z silną wolą. Początki są nader przykre, towarzyszy im bowiem zawsze silny kaszel kurczowy i znaczne zmęczenie. Często zdarzają się także oparzenia łuków i języczka, raz zauważył silne obrzmienie nagłośni i tylnéj ściany krtani. Mowa po takiem posiedzeniu jest utrudnioną, głos chrypliwy. Krwotoków płucnych nigdy nie było, owszem wdychiwania wstrzymywały istniejące krwawienia. Tętno z początku jest nieco szybciejsze, jednak wkrótce uspakaja się, ciepłota ciała nie podwyższa się. Oddechy stają się stanowczo głębsze, a wskutek tego pojemność płuc większa. W jednym przypadku zauważył M. szybkie wessanie się wypociny opłucnéj. W przypadkach katarów i nacieków szczytowych daléj w okresie rozpadowym nie widział autor żadnego zbawiennego wpływu. Ani ilość plwocin ani prątków nie zmniejszyła się, a objawy przedmiotowe i podmiotowe były te same, kaszel zaś po posiedzeniach tak gwałtownie się wzmagał, iż trzeba było podawać krople uspakajające. Tylko owrzodzenia gruźlicze w krtani i tchawicy szybciéj się zabliźniały niż przy leczeniu kw. mlekowym. Polegając na tych doświadczeniach przychodzi autor do wniosku, iż wziewanie powietrza ogrzanego u suchotników jest wprost szkodliwe, a stosowanie takowych może być tylko usprawiedliwionem w gruźlicy krtani. (*Brl. kl. Wschft.*, 1889, Nr. 52).

Dr. W. Lange (Kopenhaga): **Rzadki przypadek idyjosynkrazyi przeciw taninie.**

Lekarz praktyczny wie, iż są ludzie. którzy do pewnych leków mają odrazę, czyli, jak się po medycznemu wyrażamy, idyjosynkrazyję. Najczęściéj spotykamy się z nią przy wewnętrznem podawaniu leku, często jednak i zewnętrzne użycie staje się niemożliwe. Mimo swéj licznéj praktyki nie zauważył L., by garbnik kiedykolwiek sprawiał odrazę, a przerzucając odpowiednie podręczniki i dzieła, nie spotkał najmniejszéj nigdzie o tem wzmianki. Młody mężczyzna 29-letni szukał u Dra L porady na chroniczny katar nosa i gardła. Ponieważ poprzednio przedsiębrane wypalenia galwanokauterem nie wiele przyniosły ulgi, zastosowano pędzlowanie rozczynem taniny 1 na 15. W godzinę po zapędzlowaniu błona śluzowa silnie nabrzękła, lepki wydzielając śluz, łuki zaś, a szczególnie języczek tak znacznie obrzmiał, iż połykanie stało się bolesnem. Pigułki lodowe i zimne okłady na szyję stan nieco polepszyły. Na drugi dzień, wystąpiła na ciele czerwona plamista wysypka (*Urticaria*) z ogólnem osłabieniem i nieco podniesioną ciepłotą. Po 24 godzinach wszystkie objawy ustąpiły. Leczony teraz dopiero objaśnił lekarza, iż zawsze przy każdorazowem wewnętrznem zażyciu taniny podobnych doznaje skutków, z tym dodatkiem, iż mocz przybiera barwę czarną. Na podstawie tego przypadku przypuścić należy, że i przy zewnętrznem użyciu garbnika w dość słabym rozczynie pewną jego ilość organizm sobie przyswaja, bo w ten tylko sposób można sobie wytłómaczyć ogólne osłabienie i powstanie wysypki. Na samym końcu dodaje Dr. L., iż zupełnie podobne objawy widział u niektórych po zapędzlowaniu błony śluzowéj gardła rozczynem jodu z gliceryną. (*Deutsche med. Wschft.*, 1890, Nr. 1).

Choroby wewnętrzne.

H. Lenhartz (Lipsk): **O komórkach barwikowych w przebiegu wady serca występujących** (*Herzfehlerzellen*).

Płuca przy istniejącéj wadzie serca przedstawiają patologiczny obraz induracyi brunatnéj. Powstaje ona wskutek silnego rozdęcia naczyń włosowatych, które wężykowato okręcając się w pęcherzyk płucny wchodzą i w ten sposób pojemność jego znacznie zmniejszają. Także i rozgałęzienia międzyzrazikowe tętnicy płucnéj znajdujemy silnie przekrwione, wskutek czego całe płuco przybiera barwę brunatną, a na przekroju spostrzegać się dają złogi barwikowe obok licznych drobnych wynaczynień. Złogi barwikowe zawarte są w komórkach także wnętrze pęcherzyków zajmujących. Komórki te barwikowe znajdują się zawsze w plwocinach na wadę serca cierpiących, nigdy zaś, mimo licznych w klinice Wagnera badań, nie było ich w plwocinach suchotników lub na zapalenie dławcowe płuc cierpiących. Są więc one w przebiegu wad serca charakterystyczne i znajdujemy je tak u cierpiących na niedomykalność i stenozę czterech zastawek, jakoteż wobec *myocarditis*. Chorzy na przewlekłe wady serca w okresie niekompensacyi wydzielają plwociny, mniejszą lub większą ilość brunatnych lub żółto-czerwonych strzępków zawierające. Zostawione w spokoju układają się

w 3 warstwy. Warstwa najniższa składa się przeważnie z owych strzępków barwikowych. Pod mikroskopem przedstawiają się one jako komórki jużto bez, jużto jądra zawierające, są cztery razy większe od ciałek krwi, a wśród nich mieści się grubo lub drobno ziarnisty barwik żółto-brunatny. Hematoidyny nigdy w nich nie znaleziono. Hoffmann i Sommerbrodt uważają je za odpadłe, zwykłe komórki przybłonkowe z pęcherzyków pochodzące. Wagner jest innego zdania. Wobec silnego przekrwienia płuc przy wadach serca przychodzi do wypacania się *(per diapedesin)* ciałek czerwonych krwi lub też do kompletnych wybroczyn. Wiadomą jest rzeczą, że ciałka limfatyczne w pobliżu takich wybroczyn się znajdując, pojedyncze czerwone ciałka krwi pochłaniają, które później w barwik się zamieniają. Komórki więc owe barwikowe są to leukocyty. Że komórek tych nie napotykamy w dławcowem zapaleniu i gruźlicy płuc, zdaje się ztąd pochodzić, iż tworzą się one przeważnie wśród pęcherzyków, które w 2 wymienionych chorobach są w częściach płuc zajętych bezpowietrzne, powtóre raptowny i wstrząsający ich przebieg nie daje ani dosyć czasu ani spokoju do wytworzenia się takowych. Opisane więc komórki są charakterystyczne dla wad zastawkowych serca w okresie niekompensacyi i dyagnostycznie powinny być zawsze zużyte. (*Deutsche med. Wschft.*, 1889, Nr. 51).

Dr. Gustaw Klein (Wrocław): **Śledziona wędrująca w miednicy małéj.**

W instytucie anatomo-patologicznym uniw. wrocławskiego robiono sekcyję kobiety, na zapalenie płuc zmarłéj. Śledzionę jéj, znacznie powiększoną, znaleziono silnie opadniętą, bo w *excavatio vesico-uterina* usadowioną, opierającą się na krążku macicznym do pochwy za życia wprowadzonym. Macica sama była ku tyłowi pochyloną i przytykała do kości krzyżowéj. Za życia wzięto opadniętą śledzionę za macicę nowotworowo zwiększoną i krążkiem przytrzymano. Rzecz ta nie zupełnie nowa acz rzadka, bo Dietl i Rezek dwie pomyłki tego samego rodzaju opisują. Od głowy prawie pionowo ułożonéj trzustki i od dolnego brzegu żołądka ciągnął się ku miednicy małéj, na duży palec gruby, raz w około swéj osi okręcony sznur z więzadeł *gastro-lienalis i phrenico-lienalis* spleciony, w którym przebiegały silnie rozszerzone żyły i wężykowato pokręcone tętnice. Sznur ten wpadał w *hilus lienis*. Żołądek, kiszka gruba poprzeczna zwiotczałe i ku dołowi silnie obsunięte. Wątroba ku tyłowi i dołowi zepchnięte. Za przyczynę opadu, czy wędrowania śledziony uważają Rokitansky i Förster szczególną wiotkość więzadeł brzusznych wobec powiększonéj i ku dołowi ciążącéj śledziony. Żaden jednak z pisarzy nie wspomina, iż do przyczyn także i sznurówkę zaliczyć należy, co u obecnie sekcyjonowanéj najważniejszą zdaje się było przyczyną. Niskie ustawienie wszystkich trzew brzusznych stanowczo za tem przemawiają, także nadzwyczaj silna bruzda sznurówkowa na skórze wewnętrznéj występująca. We wszystkich w literaturze znanych przypadkach wędrującéj śledziony nie była ona tak nisko ustawioną, jak w obecnym. Leczenie polega na usunięciu przyczyn, jak n. p. energiczne zwalczanie zimnicy, aby zapobiedz powiększeniu się śledziony. Jeżeli opad już istnieje, w takim razie należy założyć opaskę podtrzymującą, gdy i ta nie wystarcza, chyba wyłuszczenie śledziony wskazanem by było. (*Wr. med. Blt.*, 1889, Nr. 51).

Prof. H. Kisch (Praga): **O niektórych objawach sercowych u kobiet, wśród okresu klimakterycznego.**

Dotychczas żaden z klinicystów nie zajął się zboczeniami występującemi w zakresie czynności serca u kobiet przechodzących menopauzę. W ostatnich czasach lekarz francuski Clément opisuje 4 przypadki *kardiopatyi* u kobiet miesiączkować przestających. Autor ma w tym kierunku dość znaczne doświadczenia i niejednokrotnie mógł się przekonać o pewnych zmianach występujących w czynności serca u kobiet zupełnie zdrowych, bez żadnéj wady tegoż organu. Najczęstszym objawem jest przyspieszane i wzmocnione bicie serca (*Tachycardia*). Bicie to występuje nagle, bez poprzedniéj żadnéj przyczyny, częściéj w nocy niż za dnia, łączy się z objawami przekrwienia mózgowego, jakoto: bólem i zawrotem głowy, uczuciem gorąca, silnem tętnieniem i szumem w uszach, dołącza się do tego często bezdech i uczucie gniecenia w piersiach. Tętno 120—150. Objawy te trwają zazwyczaj kilka minut i mogą się parę razy na 24 godzin powtarzać, nie przedstawiają zaś nic groźnego, albowiem z ustąpieniem krwawień miesiączkowych i one zupełnie ustępują. Pożywienie więcéj roślinne, częste spacery i środki przeczyszczające, przyczyniają się znakomicie do zmniejszania i osłabiania tych dość nieprzyjemnych napadów. Przyczyną *tachycardii* w tych przypadkach jest bezwątpienia zadrażnienie zakończeń nerwowych w jajniku proces zaniku przechodzącym, które drogą odruchu udziela się gałązkom nerwu współczulnego. Przemawia za tem bicie serca, jakie występuje u kobiet kastrowanych, u których tworzenie się blizny jest przyczyną drażniącą.

U kobiet słabszych, w młodości swéj na bladnicę cierpiących, u których znaczne krwawienia towarzyszyły miesiączkowaniu i połogom, bicie serca występuje wśród objawów osłabienia czynności serca. Tętno nikłe, małe, łatwo dające się ugnieść i nie częste. Tony serca przytłumione, często szmer skurczowy. W miejscu przekrwienia występują objawy zastoju żylnego. Znaczne osadzanie się tłuszczu, występujące u kobiet w tym okresie będących, wywołuje także chorobowe objawy serca stłuszczonego, jakoto: bezdech, krótkość oddechu i inne objawy dusznicy sercowéj. (*Brl. kl. Wschft.*, 1889, Nr. 50).

Choroby nerwowe.

Dr. W. Fleiner (Heidelberg): **Przypadek choroby Addisona.**

Na 62 im zjeździe lekarzy niemieckich w Heidelbergu przedstawił F. z kliniki prof. Erba 44-letniego mężczyznę, na chorobę Addisona cierpiącego. Chory umarł, a sekcyja rozpoznanie zupełnie potwierdziła. Mężczyzna ten był zupełnie wpierw zdrowym i dopiero po silnem przeziębieniu się spostrzegł nagle występujące na piersiach i grzbiecie brunatne plamy. Do tego przyłączyły się wkrótce objawy gastryczne, jak biegunka, bóle żołądka i brak apetytu. Ciemne zabarwienie skóry postąpiło daléj na szyję, rozsuwało się z jednéj strony na twarz, z drugiéj pod pachy, wkrótce objęło zgięcia łokciowe, piersi, brzuch i części rodne, a na sile coraz bardziéj przybierało. Plamy wystąpiły także na błonie śluzowéj jamy ust. Siły coraz bardziéj chorego opuszczać zaczęły; popęd płciowy zupełnie ustał. W okolicy kiszki poprzecznéj wyczuć można było w głębi nierówny, twardy guz, który ku dołowi aż do samego pępka sięgał. Wielka bolesność nie pozwoliła zbadać stosunku jego do sąsiednich organów. Jakiéj natury guz ten mógłby być, można się było tylko domyślać. Chory pokrzepiwszy się nieco w klinice, opuścił ją, lecz już po 6 tygodniach w daleko gorszym stanie do niéj wrócił. Zabarwienie brunatne rozlało się na daleko większéj przestrzeni. Objawy gastryczne wzmogły się, przystąpiły bowiem silne wymioty. Guz dobrze wymacalny zajmował okolicę żołądka, a brak kw. solnego w wymiocinach dozwoliły rozpoznać rakową jego naturę. Żółtaczka, powiększenie wątroby i kłujące bóle w piersiach zakończyły obraz chorobowy. Barwika czarnego nie było ani we krwi, ani w moczu.

Sekcyja wykazała: Po za rękojeścią kości piersiowéj gruczoły limfatyczne znacznie przerosłe, w jednę masę guzowatą zbite, sięgają do lewéj jamy opłucnowéj, a obejmując z téj strony osierdzie okalają aortę i wyjście lewéj *carotis*. Nerw błędny i współczulny lewy przechodzą przez tę masę guzowatą i są w przebiegu swym nią objęte. Mała krzywizna, jako też tylna ściana żołądka zajętą jest na 12 centm. długim guzem rakowym na wewnętrznéj swéj powierzchni rozpadającym się. Przewód żółciowy uciśnięty. Gruczoły pozaotrzewnowe znacznie powiększone tworzą z guzem żołądkowym jedną zbitą całość i komunikują z lewem przedurczem, które także jest nowotworowo zajęte. Nerw współczulny od górnego ujścia nerwów trzewowych (*nn. splanchnici*) silnie zgrubiały nie daje się odłączyć od masy guzowatéj go otaczającéj. *Ganglion coeliacum* zupełnie jest z nią zrośnięte. Zwój górny szyjny wielkości jaja gołębiego, a zwoje przednerkowe guzowato nabrzmiałe. Zachodzi teraz pytanie, co było w tym przypadku przyczyną powstającéj choroby Addisona? Czy zwyrodnienie rakowe nadnercza, czy też nerwu

współczulnego? Już Addison przypuszczał, że pewne zmiany nerwu współczulnego w okolicy nadnercza chorobę przez niego opisaną sprowadzają. Kahlden jednakowoż w 15 przypadkach nie znalazł żadnéj zmiany tych nerwów. Nie wiemy nawet na pewne, co jest przyczyną zabarwienia brunatnego. Nothnagel i Damiéville przypuszczają, iż barwik ten pochodzi z hemoglobiny czerwonych ciałek krwi. Lecz gdzie tworzy się ten barwik, czy wśród naczyń, czy też poza niemi? Tizzoni po wyjęciu nadnercza u królików znalazł zwyrodnienie istoty nerwowéj przeważnie w korze mózgowéj, jako też na dnie komórki czwartéj. Naczynia krwionośne w miejscach tych były silnie nastrzyknięte, a sąsiednie okolice wybroczynami pokryte. (*Berl. klin. Woch.*, 1889, Nr. 51).

Dr. C. Eisenlohr (Hamburg): **Przyczynek do zboczeń nerwowych urazowych.**

Zboczenia nerwowe urazowe były ostatniemi czasy przedmiotem kilku cennych prac jak Schultzego, Seligmüllera, a przedewszystkiem Oppenheima. Ostatni zwraca uwagę na to, iż gdy dawniéj trudno było rozpoznać symulacyję od prawdziwych objawów nerwowych po urazach występujących, dziś udawanie nie jest rzeczą tak łatwą. E. godzi się na to zdanie Oppenheima, ale tylko wobec objawów psychicznych po urazach występujących, jak n. p. w hypochondryi z napadami padaczkowemi, w przeczulicy lub porażeniu przeważnie nerwów zmysłowych i czuciowych, w polyuryi lub melituryi. W przypadkach lekkich ogólnych lub miejscowych rozpoznanie udawania nie będzie tak łatwem. Strümpell dzieli neurozy urazowe według objawów na miejscowe i ogólne. Do objawów miejscowych zaliczyc należy najpierw miejscową urazową histeryję Charcota, objawiającą się nietylko porażeniem lub znieczuleniem członka urażanego lub pewnéj grupy mięśni, ale także ogólnem osłabieniem i niewyraźnemi bólami. Jeżeli nie możemy spostrzedz pewnych hysterycznych oznak (*Stigmata hysterica*), wtedy symulacyję trudno od rzeczywistéj choroby odróżnić, tem bardziéj, że chorzy tacy śpią i odżywiają się wyśmienicie, nie okazując żadnych objawów, któreby o jakiemś głębszem zaburzeniu nerwowem świadczyć mogły. Silne urazy, jak n. p. spadnięcie z znacznéj wysokości, wstrząśnienie wskutek zderzenia się pociągów, wywołują inne objawy jak urazy słabsze, n. p. oparzenia, zwichnięcie kończyny i t. d. dlatego podział na lekkie i ciężkie może byłby racyjonalniejszy. Z tych trzebaby wydzielić neurozy urazowe psychiczne, które na organicznych zmianach systemu nerwowego jak się zdaje nie polegają. (*Brl. kl. Wschft.*, 1889, Nr. 52).

Choroby dzieci.

Dr. Demme (Berno): **Bębnica u dzieci.**

Stan ten chorobowy nie jest jeszcze dostatecznie przez lekarzy zbadany. Biedert mięsza pojęcia *tympanites, flatulentia i meteorismus*, uważając ostatni stan za odmianę ostrą poprzednich. Jolly spostrzegł, że u dorosłych powstaje bębnica zazwyczaj na tle histerycznem najczęściéj po wzruszeniach umysłowych. Ebstein szuka przyczyny w niedostatecznéj jędrności odźwiernika, wskutek czego znaczna ilość powietrza dostaje się przy połykaniu do kiszek. Talma składa całą winę na skurcz przepony, a za dowód przytacza ustąpienie natychmiastowe bębnicy wśród narkozy chloroformowéj. Nie ulega najmniejszéj wątpliwości, że u dzieci istnieje bębnica samoistna. Występuje ona u dzieci krzywiczych, gruźliczych, z przerostem gruczołów kreskowych, jakoteż u cierpiących na chroniczne katary żołądka i kiszek. Przyczyną rozdęcia jest nagromadzenie się gazów, wskutek skurczu spastycznego *muscularis* w kilku miejscach, wśród przebiegu kiszki występującego, tworząc w ten sposób kilka od siebie oddzielnych worków. Jeżeli brzuch przyjmuje postać kulistą, w takim razie gazy gromadzą się w kiszkach cienkich, postać zaś bańkowata przemawia za gromadzeniem się ich w kiszce grubéj. Narkoza lub wprowadzenie rury w odbytnicę stanu nie zmienia. Faradyzacyja powłok brzucha często jest korzystną. (*Wr. med. Blätter*, 1890, Nr. 1).

Dr. Mendelsburg.

Chirurgija.

Smital. **Hydrocele feminina.**

U kobiet, podobnie jak u mężczyzn *processus vaginalis*, zazwyczaj jako postronkowaty wyrostek otrzewnéj towarzyszący więzadłu okrągłemu przez cały kanał pachwinowy, może częściowo lub całkowicie pozostać otwartym i wywołać już to przepuklinę pachwinową już też, jeżeli wypełni się płynem surowiczym, t. zw. *Hydrocele feminina*. Możebności tego dowodzą streszczone w pracy autora, obok przedstawionéj historyi rozwoju tych części w życiu płodowém, badania Zuckerkandla, Férégo, Engla i Hugona Sachsa. Z liczb przez tychże podanych wynika, że nie tylko o wiele częściéj zarasta wyrostek ten otrzewnowy u kobiet, co tłumaczy rzadsze występowanie u nich przepukliny pachwinowéj lub *hydrocele*, lecz że częściéj zarasta po stronie lewéj niż prawéj. Że w przypadkach *hydrocele feminina* płyn rzeczywiście nagromadza się w wyrostku otrzewnowym nie zarośniętym, dowodzi tego, prócz stosunku torbiela do kanału pachwinowego i jamy brzusznéj, także zachowanie się więzadła okrągłego, które wynaleźć można jako białawy lub różowy postronek na tylnéj wewnętrznéj ścianie torbiela, gubiący się następnie w wardze większéj.

Niektórzy (Bends) opisują trzy rodzaje *hydrocele feminina*, praktyczniéj jednak z Bandlem odróżniać tylko dwa: *hydrocele congenita* i *cystica*, stosownie do tego czy takowe z jamą brzuszną komunikuje, czy zamknięte ze wszech stron tworzy torbiel w ścisłem tego słowa znaczeniu. Opisanych dotychczas przypadków *hydrocele feminina* jest 42 z których przytacza autor obszerniéj pięć, mianowicie: 3 przypadki O. Chiariego z kliniki prof. Dumreichera (*Wien. med. Blätt.* 1879, Nr. 21—23), Littona 1 przypadek (*Virchows Archiv. LXXV*), i jeden przypadek Hinterstoissera z kliniki prof. Billrotha (*Wien. klin. Wochenchr.* Nr. 12); do tych dołącza swój przypadek z kliniki Wölflera w Gracu. Z tych 42 przypadków 3 razy spotykano Hydrocele u dzieci, raz u 15-to letniéj dziewczyny, 6 razy u kobiet niezamężnych i takich, które nie rodziły, 14 razy u pierwiastek i wieloródek. Co do rodzaju hydrocel przypada 25 na całkowite, 17 na odgraniczone; według Henniga na 8 po stronie prawéj przypada 6 po lewéj. Z zestawienia tego widać, że cierpienie to występuje częściéj w wieku późniejszym i częściéj po stronie prawéj niż lewéj. Powstaje jako obrzęk okolicy pachwinowéj zrazu mały, rosnący powoli; jeżeli jest *Hydroc. cong* z jamą brzuszną kommunikująca, wtedy da się odprowadzić, odgraniczona zaś nie, jednak i całkowita początkowo przez późniejsze częściowe zarośnięcie wyrostka otrzewnowego może zamienić się w zamknięty torbiel. Dolegliwości nie sprowadza, chyba że przybrawszy większe rozmiary przeszkadza przy chodzeniu i pracy, rzadko tylko wywołuje bóle podczas regularności występujące. Może jednak uledz zapaleniu lub zropieniu, a gdy zapalenie przejdzie na otrzewną, występują wtedy objawy, z jakiemi spotykamy się przy uwięźnięciu przepukliny pachwinowej, do tego stopnia, że wielce utrudnić mogą rozpoznanie (Chiari). Jako ważne punkta rozpoznawcze w przypadkach trudnych uważa autor: kształt obrzęku przy *hydrocele feminina* gruszkowaty, szerszy od dołu, zwężający się znacznie ku zewnętrznemu otworowi kanału pachwinowego, oraz drożność przewodu pokarmowego przy równocześnie istniejących objawach *peritonitis* miejscowéj, jak wymioty, bolesność i gorączka. Leczenie bywa rozmaite: jak długo nie ma przypadów dolegliwych, należy wtrzymać się od cięższych zabiegów, u młodych osób można przy *hydrocele* dającej się odprowadzić zastosować pasek przepuklinowy, leczenie zaś operacyjne polega na nakłuciu bez lub ze wstrzyknięciem nastoju jodowego, nacięciu lub wyłuszczeniu. Leczenie operacyjne sprowadziło w wspomnianych 42 przypadkach 25 razy zupełne wyleczenie, w kilku znaczne polepszenie, 3 zaś pacyjentki umarły. Zdaniem autora najracyjonalniejszą metodą jest wyluszczenie, które tylko w przypadkach rozległych zrostów zastąpić by można nacięciem worka i leczeniem otwartem jamy powstałéj po wypuszczeniu treści. (*Wien. klin. Wochenschrift* 1889, Nr. 42—44).

Dr. Langie.

Dr. C. Watruba Graz. **Chirurgiczne leczenie surowiczych i ropnych wysięków w jamie opłucnowéj za pomocą stałych aspiracyjnych drenów.**

W jakich przypadkach i w jaki sposób chirurgicznie

leczyć należy wysięki opłucnowe, zależy przedewszystkiem od etyjologii, jakoteż od klinicznego ich przebiegu. Dlatego zastanowić się trzeba, czy mamy do czynienia z wysiękiem *a*) na tle gruźlicy płuc lub opłucnéj, *b*) jeżeli nie na tle gruźliczym, czy z surowiczym czy ropnym, *c*) czy wysięk jest świeży czy stary, t. j. czy istnieje dłużéj nad 3 miesiące. Nigdy nie trzeba zapominać o punkcyi próbnéj. Co do sposobu operowania autor przechyla się na stronę zwykłéj punkcyi trójgrańcem, albowiem w takim razie odpada jedno z pytań a mianowicie, czy mamy do czynienia z wysiękiem surowiczym czy ropnym, albowiem w obydwóch przypadkach punkcyja jako rękoczyn, nieprzedstawiający żadnego niebezpieczeństwa, jest wskazany. Po wbiciu trójgrańca Rochelt i Mader zakładają zwykły dren z klapą wypocinę na zewnątrz wypuszczającą, ale powietrza do jamy opłucnowéj nie wpuszczającą. Autor woli robić powszechnie w klinice prof. Alberta w Wiedniu używaną punkcyję metodą Bülana-Immermanna, od roku 1876 przez Dra Bülaua w Hamburgu po raz pierwszy zastosowaną a przez prof. Immermanna poprawianą. Metoda ta polega na założeniu w przetokę przyrządu aspiracyjnego stałego i wykonywa się w następujący sposób: Chorego kładzie się z podniesioną klatką piersiową na bok zdrowy. Bok chory odraża się gruntownie alkoholem i sublimatem. Pole operacyjne znieczula się kokainą. W przestwór 6 międzyżebrowy w przedniéj linii pachowéj wbija się trójgraniec zwykły. Po wyjęciu sztyletu wprowadza się przez kaniulę dren na 60 ctm. długi, który za pomocą agrafki i plastrów przyczepnych na ścianie klatki piersiowéj się umacnia. Kaniulę trójgrańca po drenie, który w jéj środku tkwi, na dół się sprowadza i tym sposobem usuwa. Na końcu drenu za pomocą rurki szklanéj łącznikowéj przytwierdza się na 1 metr długi wąż gutaperkowy, który łączy się znów z flaszką o podwójnéj szyjce, do pewnéj części płynem antyseptycznym napełnionéj. Wydalenie wypociny następuje częściowo skutkiem ucisku śródpiersiowego, częścią wskutek aspiracyi lewarowéj. Odpływ następuje powoli, dlatego niema obawy krwotoku. Skoro flaszka cała się już wypełni, uciska się za pomocą sprężynowego uciskadła rurę gutaperkową, flaszka się oczyszcza i znów z rurą łączy, otworzywszy oczywiście uciskadło. Chory pozostaje kilka dni w łóżku, po zupełném opadnięciu zaś ciepłoty z całym tym opatrunkiem wyjść z łóżka może, flaszkę bowiem można za pomocą pasa przymocować do ciała. Cały ten sposób operowania jest prosty i prędki, dlatego i u bardzo osłabionych osób zastosowany być może. Wyjmowanie drenu jest wprost zakazane, zachodzi bowiem obawa przedostania się powietrza; czyścić i przetykać go zaś można za pomocą wstrzykiwań płynu przez rurę. Jeżeli wypociną jest ropa a empyema jest świeże, płuco prędko się rozszerza i noszenie tego drenu aspiracyjnego trwa krótko, jeżeli zaś empyema jest stare, płuco zrostami uciśnięte i nie ma więcéj dążności do rozszerzania się, w takim razie trzeba przystąpić do resekcyi żeber. W dalszym ciągu przytacza autor 6 przypadków z kliniki prof. Wölflera w ten sposób operowanych. Cztery zupełnie wyzdrowiały. Średnia długość leczenia wynosiła 64 dni, a zatem krótszą była, niż u operowanych cięciem piersiowém i resekcyją żebra. Metodzie téj daje autor stanowczo pierwszeństwo a przynajmniéj zawsze winna być próbowaną. (*W. med. Pr.* 1889, Nr. 49, 50 i 51).

Dr. Landerer (Lipsk): **Leczenie bolesnéj stopy płaskiéj za pomocą mięsienia.**

Co jest przyczyną bólów występujących w stopie płaskiéj (*Tarsalgia adolescentium*), nie jest dostatecznie jeszcze wyjaśnionem. Leczenie ich takie jeszcze bardzo wiele pozostawia do życzenia. W podręcznikach chirurgowie polecają opaskę gipsową lub podkłady w bucie. Autor leczy zboczenie to mięsieniem. Do utrzymania zewnętrznego kształtu ciała, nietylko przyczyniają się więzadła pojedyncze kości ze sobą łączące, ale także pewne napięcie mięśni, które się równoważy. Jeżeli elastyczność tychże zniesioną zostanie, więzadła nie posiadają tyle siły, aby kształt stawu utrzymać mogły. Z drugiéj strony, przy wrodzoném zbezkształtnieniu mięśnie często są przyczyną, iż naturalnego kształtu członkowi nadać nie można. Opierając się na tych danych autor mając przed sobą zbezkształtnienie zastanawia się najpierw, czy przyczyny takowego nie należy szukać w grupie mięśni do odpowiedniego stawu należących. Wobec stopy płaskiéj masuje najpierw mięśnie *tibialis post.*, *triceps.* i krótkie mięśnie stopy, a używa do tego wszystkich 3 metod t. j. gniecenia, uderzania i smarowania. Przytoczone w dalszym ciągu przypadki, tym sposobem leczone, świadczą o jéj korzyściach. (*Berl. kl. Wschft.*, 1889, Nr. 47). *Dr. Mendelsburg.*

Okulistyka.

Prof. Laqueur (Strassburg). **O jaskrze u osób młodych.**

Powszechnie podzielanemu zapatrywaniu, jakoby jaskra u osób młodych do rzadkości należała, przyznaje autor wszelką słuszność. Na podstawie atoli zarówno skrzętnych poszukiwań w literaturze odnośnéj (Schirmer, Mooren, Schmidt-Rimpler, Peppmüller, Nettleship), jakoteż przedewszystkiem kazuistyki własnéj, opartéj na 6 przypadkach jaskry, spotrzeganéj u osób między 17—36 rokiem życia, przychodzi Laq. do przekonania, że ta choroba nietylko nie oszczędza wieku młodego, ale w przebiegu swym w tym właśnie okresie życia ludzkiego pewne charakterystyczne właściwości wykazuje, którym, jako do téj pory przez poprzednich autorów nie uwzględnionym, uważa za stosowne parę uwag poświęcić. Ze spostrzeżeń jego wynika że:

1) najczęstszą postacią jaskry w wieku młodym jest jaskra prosta, niepowikłana, a co najwięcéj t. zw. „jaskra zwiastunowa", odpowiadająca najlżejszéj formie jaskry zapalnéj.

2) Sprawa ta chorobowa ogranicza się tu o wiele częściéj niżli u osób wieku podeszłego do jednego oka. Zjawisko to przemawia, zdaniem jego, w obec braku zazwyczaj jakichkolwiek ogólnych zmian ustrojowych u osób młodych za tem, że w powstaniu jaskry odgrywają najważniejszą rolę zaburzenia miejscowe w samém oku.

3) Cechującem jest zachowanie się komórki przodkowéj, któréj nie znalazł nigdy płytszą, często zaś nieprawidłowo głębszą.

4) Podwyższenie napięcia oka było w ogólności mierne, niekiedy nawet tak nieznaczne, że przez lekki ucisk palcami na gałkę oczną nie dawało się na pewno rozpoznać. Przeciwnie zaś wydrążenie tarczy n. wzr. było we wszystkich przypadkach wysokiego stopnia, o brzegach stromych, bez obrączki twardówkowéj obok wybitnego zaniku tkanki n. wzr. w tych razach, gdzie sprawa chorobowa trwała dłużéj.

Na ten niestosunek między nieznacznem podniesieniem ucisku śródocznego a stałem wytwarzaniem się głębokich wydrążeń tarczy zwraca autor całkiem słusznie uwagę czytelnika, wyzyskując równocześnie ten szczegół przeciw teoryi uciskowéj o powstawaniu wydrążenia jaskrowego. W końcu pod względem etyjologicznym podnosi Laqu., że mimo uzasadnionych głosów wiarogodnych badaczy co do wpływu dziedziczności na powstawanie jaskry, w spostrzeganych przez się przypadkach nie był w stanie wykazać tego czynnika przyczynowego. (*Archiv f. Augenheikunde* XXI, B. 1 H.).
Dr. Bieńkowski.

Choroby uszne.

Dr. L. Lichtwitz (Bordeaux): **O użyciu fonografu w celu mierzenia siły słuchu.**

Okulista może za pomocą wziernika ocznego i znanych tablic oznaczyć całkowitą siłę wzroku, wziernik uszny tylko ucho zewnętrzne nam badać pozwala, gdy tymczasem zmiany w głębszych częściach ucha leżące tylko za pomocą istniejącéj siły słuchu badać możemy. Jeżeli się mówi o sile słuchu, to rozumie się samo przez się, iż ma się na względzie możność przyjmowania fali głosowych wprost przez powietrze do małżowiny usznéj się dostających. Dotychczas lekarze używają do mierzenia siły słuchu zwykłych zegarków kieszonkowych. Pomijając to, iż nie wszystkie zegarki mają jednakową siłę uderzenia, uczy doświadczenie, iż wielu ludzi nie słyszy uderzenia zegarkowego, mimo, iż słowa powiedziane doskonale do ucha ich dochodzą. Prócz tego uderzenie zegarka składa się z 2 nierównych tonów. Akumetry Starda, Politzera i innych wiele przedstawiają niedogodności. Najlepszą jednostką mierniczą siły słuchu byłaby mowa ludzka, ale przekonano się, iż różne głoski w różnych odległościach i tak samogłoski na daleko większą odległość spółgłoski, by-

wają słyszane, a organ głosu różnych lekarzy jest także różnym. Najlepszym akumetrem jest fonograf Edisona. Za pomocą niego można ułożyć skalę głosową (*Phonogramm*), tak jak okuliści mają skalę optometryczną. Siła pojedynczych numerów skali będzie stałą a niezmienną tak, iż najdrobniejsze różnice w sile słuchu oznaczyć będzie można. Lekarze niech się zgodzą na jednostkę siły głosu, którą jako powszechnie przyjętą, udzieli się wszystkim fonografom w celach akumetrycznych służyć mających. (*Wr. med. Bl*, 1889, Nr. 48).

Choroby skórne i weneryczne.

Prof. Fournier: **Leczenie kiły za pomocą wstrzykiwań nierozpuszczalnych przetworów rtęci.**

Wstrzykiwania podskórne nierozpuszczalnych przetworów rtęci (*Calomel, Hydrg. oxydat. flav.*) dla dwóch przyczyn przewyższają sublimatowe. Najpierw zastosować można odrazu dawkę większą (0·50—0·20), wskutek czego wstrzykiwania nie potrzebują być często, lub codziennie powtarzane. Powtóre, przetwory nierozpuszczalne pod skórę wstrzyknięte resorbują się bardzo powoli i są jakby składami, z których organizm powoli lek sobie wyjmuje i przyswaja. Należy tylko przy wstrzykiwaniu przestrzegać zasad antiseptyki. Fournier zapisuje następujące formułki: *Rp. Calomel. vapor. parat. 1·50, Vaselini 15·0*—albo *Rp Hydrg. oxydat. flav. 1·50, Vaselini 15·0.* ½ do 1 strzykawki Pravaza na raz wstrzyknąć i po 3 tygodniach powtórzyć. Że wessanie następuje natychmiast, przekonywa rozbiór moczu, w którym odrazu rtęć da się udowodnić. Ujemną stroną téj metody jest większa bolesność w miejscu nakłócia, jako też częste nacieki, które jednak w ropień bardzo rzadko przechodzą. Mimo wszystkich tych zalet autor zwolennikiem jest stanowczo połykania pigułek rtęciowych. Jest to bowiem równie skuteczny środek, a dla chorego nie tylko najwygodniejszy, ale i najprzyjemniejszy. (*W. m. Bl.* 1889, Nr. 52). *Dr. Mendelsburg.*

Milton (Londyn): **Leczenie kiły.**

M. uważa wycięcie wrzodu twardego, zwłaszcza jeżeli jest połączony z obrzmieniem gruczołów chłonnych, jako niemożebne do wykonania w Anglii. Odradza od zbyt wczesnego używania środków rtęciowych przed pokazaniem się objawów wtórorzędnych, obawiając się ich szkodliwego wpływu na zmiany koniecznie nastąpić mające. Według M. minęły już czasy wcierań; wprawdzie być może, że one są najskuteczniejszym środkiem, ale tylko w połączeniu z dawnem, dziś więcéj nieużywanem odosobnieniem w ciepłych miejscach, zawijaniem po uszy w materyje welniane i t. d. Także o wstrzykiwaniach wyraża się niekorzystnie, a żąda następującego postępowania, przez siebie podanego: 1) Leczenie przygotowawcze, celem zupełnego uporządkowania żołądka i jelit, a w każdym razie kilkodniowe używanie środków przeczyszczających solnych; 2) przez 4—6 tygodni bardzo małe, powoli, a w każdym razie nieznacznie zwiększające się dawki jodku potasu w połączeniu z środkami gorżkiemi, najczęściéj także przez tygodnie w połączeniu z małemi dawkami sublimatu; 3) przez 7 tygodni kąpiele parowe kalomelowe, w ogólnéj liczbie 24, i to 1·25—1·75 kalomelu do jednéj kąpieli; 4) używanie odmiany *Decoct. Zittmanni.* Trzy miesiące później o wiele krótsze powtórzenie leczenia, tak samo po sześciu miesiącach, a gdy występują nawroty, po takim samym czasie ostatnie leczenie. To samo leczenie należy przeprowadzić w kile trzeciorzędnéj. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.*, rocznik XX).

Medycyna sądowa.

Samelsohn (Kolonia): **O stanowisku lekarza jako świadka-znawcy przed sądem.**

Sposób przesłuchania lekarza jako świadka, wprowadzony do sądownictwa przez § 379 niemieck. postęp. cyw., może lekarza wprowadzić w przykre położenie i już często dał powód do nieporozumień między sędziami a lekarzami. Dla tego przedstawia S. cztery zdania, jako wynik narad z znakomitym prawnikiem: 1) każdy lekarz, wezwany przed sąd jako świadek-znawca, powinien uwagę sądu na to zwrócić, czyby nie było odpowiedniejszem odebrać od niego przysięgę jako od znawcy; 2) jeżeli sąd temu się sprzeciwia, powinien w swych orzeczeniach jak najtroskliwiéj unikać wszelkiego orzeczenia i ograniczać się raczéj do nagich faktów; 3) jeżeli lekarza się wzywa do wydania orzeczenia na zasadzie twierdzeń wypowiedzianych przez lekarza ordynującego jako świadka, to powinien sumiennie zbadać, czy na zasadzie tych twierdzień może wydać orzeczenie znawcy i jeżeli sądzi, że sumienie każe temu zaprzeczyć, powinien wydanie orzeczenia uczynić zależnem od współdziałania z lekarzem ordynującym, wezwanym jako znawca; 4) należy uczynić wniosek najwyższym władzom sądowym krajowym wydania rozporządzenia do sądów, na mocy którego poleca się im usilnie, aby w przypadkach, w których przesłuchuje się lekarza ordynującego jako świadka i następnie na podstawie jego twierdzeń żąda się od niego lekarskiego orzeczenia, zawsze i to nawet mimo sprzeciwiania się jednéj ze stron, wezwano lekarza ordynującego, jeżeli nie jako jedynego znawcę, to przynajmniéj obok innych lekarzy. Pierwsze dwa z tych wniosków, przedstawionych na zjeździe lekarzy niemieckich w Brunszwiku, napotkały na żywy opór obecnych i w końcu zgodzono się zastąpić je następującemi dwiema tezami Wallichsa (Altona): 1) jeżeli lekarz zostaje wezwany jako świadek-znawca przed sąd, powinien zwrócić uwagę sądu, w razie jeżeli mu się przedkłada pytania, na które może odpowiedzieć tylko jako znawca, czyby nie było stósowniejszem, odebrać od niego przysięgę jako od znawcy; 2) jeżeli sąd to odrzuca i żąda przecież od lekarza orzeczenia znawcy, wnosi zażalenie do odpowiedniéj władzy. (*Münch. m. W.*, 1889, Nr 28).

Notatki lecznicze.

Działanie kokainy na nerwy węchowe. H. Zwaardemaker (*Fortsch. d. Medicin* Nr. 13) donosi: Kokaina wessana w dostatecznéj ilości przez górne części błony śluzowej nosa sprowadza przemijający bezwęch; brak powonienia poprzedza *Hyperaesthesia olfactoria* Bezwęch odnosi się równocześnie do różnych rodzajów powonienia.

Na międzynarodowym zjeździe dla terapiji i materia medica (Paryż, sierpień 1889) prowadzono żywą rozprawę nad **środkami przeciwgorączkowemi** i korzyściami **leczenia przeciwgorączkowego wogóle.** Dujardin-Beaumetz i inni przemawiali bardzo za używaniem leków w wyższych stopniach gorączki, pozostawiając postępom chemii rozstrzygnięcie, który lek jest w danym przypadku wskazany, podczas gdy Stockvis i Semmola twierdzili, że wysoka gorączka sama przez się wcale nie jest niebezpieczną i że raczéj używanie leków może zaszkodzić ustrojowi. Assaky (Budapeszt) chwalił **kwas dijodsalicylowy** z powodu jego działania przeciwgorączkowego, przeciwgnilnego i bóle uśmierzającego; jako środek przeciwgośccowy posiada o tyle pierwszeństwo przed przetworami dotąd używanemi, że wpływa także korzystnie na gościec rzeżączkowy i przewlekły. Dawka dzienna: 1.0—40. **Exalgin** (*methylacetanilid*) chwali Bardet jako nadzwyczaj skuteczne *nervinum,* podczas gdy Féréol uważa go za nieskuteczny i sprowadzający często (jak antifebryna) niebieskie zabarwienie skóry. Dujardin-Beaumetz uważa *exalgin* za znakomity przeciw bólom i nerwobólom, jeżeli ograniczyć się można do małych dawek, podczas gdy większe dawki sprowadzić mogą wspomniane trujące (anilina) działanie (*D. m. W.* 1889, Nr. 34). *Dr. Baschkopf.*

VI. Opis nowéj kliniki chirurgicznéj w Krakowie, tudzież kilka ogólnych uwag o stosownem urządzeniu kliniki chirurgicznéj.

Podał

Prof. L. Rydygier.

Trzeba było znać starą klinikę chirurgiczną w Krakowie, żeby zrozumieć, z jaką radością i wdzięcznością zabieram się do opisu nowéj. Radość tę i wdzięczność miałem sposobność niedawno wyrazić przy poświęceniu kliniki, którą to uroczystość zaszczycili swą obecnością minister oświaty br. Gautsch i namiestnik hr. Badeni.

Nowa klinika chirurgiczna jest to jednopiętrowy budynek, wybudowany w spokojniejszéj części miasta niezbyt daleko od dawnych klinik. Fasada zbudowaną jest w stylu włoskiego renesansu, w ogóle przy budowie mało zważano na zewnętrzne ustrojenie budynku, a główną wagę kładziono na stosowne urządzenie i podział rozmaitych ubikacyj. Cały bu-

dynek możemy podzielić na 2 części: jedną idącą wzdłuż ulicy, zawierającą sale dla chorych, drugą wybudowaną prostopadle do niéj, a zawierającą ubikacyje służące do nauki i operacyi (fig. 1 i 2).[1]) Część idąca wzdłuż ulicy jest nieco w tył wsunięta.

Przeznaczenie i urządzenie pojedynczych ubikacyj można widzieć bardzo łatwo na załączonych planach.

Obok kliniki wybudowany jest mały jednopiętrowy domek, przeznaczony do doświadczeń i innych prac naukowych. (Fig 3 i 4). Na dole w nim są 2 ubikacyje: jedna służąca do przechowania zwierząt przeznaczonych do doświadczeń, drugi pokój operacyjny dla tychże. Na pierwszem piętrze jest duży pokój o 4 oknach, przeznaczony dla prac bakteryjologicznych i histologicznych, a obok niego jeszcze małeńki pokoik osobny.

W krótkich słowach chciałbym podać opis naszéj nowéj kliniki, a zarazem zasady, które nami przy przeznaczaniu odpowiednich części budynku i urządzaniu ich kierowały. Jeżeli zaczniemy od części przeznaczonéj dla nauki i operacyi, to mamy 3 sale operacyjne: 1) wielka amfiteatralnie zbudowana sala wykładowa, idąca przez parter i pierwsze piętro. Sala ta ma 150 miejsc dla siedzących i około 70 dla stojących (w ostatniem letniem półroczu było 220 zapisanych na klinikę chirurgiczną). Arena w téj sali jest 6·30 mtr. długa, a 4·60 mtr. szeroka. Posadzka jest z flizów. Taka podłoga jest w ogóle wszędzie w naszéj klinice, tylko pokoje dyrektora, asystentów i osobne dla chorych (separatki) mają posadzkę z twardego drzewa. Do oświetlenia sali we dnie służy 9 dużych okien, zaczynających się po nad amfiteatrem (światła górnego nie ma). Do oświetlenia wieczorem lampa elektryczna o sile 3000 świec (światło łukowe). Uczniowie mają zupełnie osobne wejście do sali operacyjnéj, wchodzą na górę i ztamtąd schodkami do ławek. Miejsce pod amfiteatrem jest na 2 części podzielone. W jednéj z nich większéj jest garderoba dla słuchaczy, w mniejszéj opatrunki. Do téj ubikacyi są drzwi prosto z areny tak, że opatrunki są zawsze pod ręką. Tam jest umieszczony także kocioł parowy do sterylizatora dla opatrunków. Sam sterylizator (fig. 5 a i b.) stoi w sali operacyjnéj tak, że można bezpośrednio z niego brać sterylizowane opatrunki i kłaść na ranę. Sterylizator został według moich wskazówek wykonany przez Lautenschlägera w Berlinie.

To urządzenie uważam za daleko wygodniejsze, a co ważniejsza pewniejsze, niż umieszczenie sterylizatora w przyległym pokoju, lub jak w klinice berlińskiéj nawet na innem piętrze, gdyż znoszenie opatrunków do sali operacyjnéj w osobnych naczyniach, żeby je uchronić od zanieczyszczenia, musi być bardzo niedogodne. Sterylizator jest tak urządzony, że przez obrócenie kurka przy kotle parowym możemy zamknąć przystęp pary do jego wnętrza, a natomiast wprowadzić ją do rur będących na tylnéj ścianie tegoż i w ten sposób wysuszyć już sterylizowane opatrunki. Para następnie innym systemem rur odchodzi znów pod amfiteatr i to częściowo do drugiego kotła, gdzie się zgęszcza, częściowo do komina. Ten drugi kocioł służy zarazem do gotowania wody tak, że zawsze mamy pod ręką sterylizowaną wodę. Przez stosowne urządzenie zapobieżono temu, żeby para zgęszczona w rurze odpowiadającéj nie mogła kapać napowrót do kotła. Przy ranach aseptycznych bowiem nie chcemy nadal używać środków przeciwgnilnych do ich przestrzykiwania i niepotrzebnie je drażnić, lecz stosownie do zasady Neubera polewać je tylko sterylizowaną wodą z szklanych kubków. Tak samo nie będziemy przy tych ranach używać gazy jodoformowéj, sublimatowéj i t. p., lecz także tylko sterylizowaną. Sądzimy, że rany w ten sposób leczone będą się goiły bardzo dobrze, a zarazem, że koszta opatrunków będą mniejsze. Naturalnie tyczy się to ran ściśle aseptycznych; zakażone będziemy opatrywali dawnym sposobem środkami antiseptycznemi, temiż środkami oczyszcza operator i asystenci ręce, również pole operacyjne. Narzędzia odwietrzamy jeszcze dotąd w 5% kwasie karbolowym, gdyż przyrządu do ich sterylizowania nie posiadamy.

Prócz sterylizatora znajdują się w arenie 2 podwójne umywalnie, przy których kurek tak jest urządzony, że możemy mieć według potrzeby każdéj chwili wodę zimną, ciepłą i gorącą. W środku areny stoi stół operacyjny (fig. 6). Jest cały z żelaza zbudowany, na nim leżą pochylone ku środkowi 2 płyty szklane w ten sposób, że w środku pomiędzy niemi pozostaje przestrzeń wolna, szeroka na kilka centymetrów. Do tego stołu należy jeszcze część osobna (fig. 7), przeznaczona na to, żeby głowę i tułów w górę unieść, lecz tę tylko w razie potrzeby się zakłada, zresztą jéj przy stole nie ma. Zwykle używamy stołu tego bez żadnych dodatków, co ma tę korzyść, że go wtenczas bardzo łatwo oczyścić i każdą nieczystość łatwo spostrzedz. Jak widać na rysunku, przy stole tym nie ma ani śrub, ani kątów, ani ostrych brzegów, wszystko jest o ile możności w najprostszy sposób ze sobą połączone. Jeżeli chcemy nieco unieść głowę, miednicę lub inną część ciała, to podkładamy gumowe poduszki. Część głowową zakładamy zwykle tylko przy operacyjach na głowie, które muszą być wykonane w siedzącéj pozycyi. Stół ten jest bardzo dogodny do operacyi, ale daleko mniéj dogodny do badania. Do tego więc celu mamy stół drugi, stojący zaraz w przyległym pokoju, opatrzony materacem i przyrządami do trzymania nóg przy badaniach ginekologicznych. Po obu stronach stołu operacyjnego stoją małe żelazne umywalnie, posuwające się na kółkach. W nich są wpuszczone porcelanowe miednice, na których jest rozczyn sublimatu, aby podczas operacyi tak operator, jak i asystenci mogli często ręce płukać.

Sala wykładowa jest jeszcze powiększona przez część korytarza, prowadzącego do niéj z głównego korytarza. Część ta, należąca do sali, oddzieloną jest od reszty korytarza wielkiemi szklanemi drzwiami i tworzy z salą wykładową jedną całość. W téj przestrzeni stoi oszklona szafka żelazna do narzędzi. Szafka ta porusza się na kółkach. Naprzeciw niéj stoi tablica, którą w razie potrzeby także łatwo na kółkach przesunąć można. Prócz tego stoją tam jeszcze 2 żelazne, pokryte płytami szklanemi, także na kółkach się poruszające stoliki do opatrunków, tudzież podstawa żelazna na kółkach, służąca do zawieszania na niéj 3 irrygatorów (z rozczynami sublimatu, kw. karbolowego i borowego). W ten sposób można irrygatory każdéj chwili wszędzie przesunąć, a nie potrzeba ich na ścianach zawieszać, coby już utrudniało należyte oczyszczanie tychże. (Wszystkie te przedmioty wykonał nasz ślusarz Staszczyk bardzo dobrze i tanio).

Z téj przestrzeni prowadzi dwoje drzwi: jedne do pokoju operacyjnego dla ambulatoryjum, drugie do t. z. pokoju dla zoperowanych. Przeznaczenie tego pokoju jest dość rozmaite. Przedewszystkiem mają w nim chorzy przeznaczeni do operacyi podczas godzin wykładowych być do operacyi przygotowani, jednakże tylko wtenczas, jeżli na ten dzień jest więcéj operacyj przeznaczonych i musimy się spieszyć, zresztą uważam za korzystniejsze, żeby przygotowanie chorego do operacyi, jak zachloroformowanie i oczyszczenie pola operacyjnego, odbywało się wobec słuchaczy, gdyż tylko wtenczas należycie przejmą się antiseptyką, ciągle na to patrząc. W dniach takich, w których więcéj operacyj trzeba zrobić, można chorego po operacyi zaraz tam przenieść i jeden z asystentów go w tym pokoju opatruje, gdy tymczasem drugiego już zachloroformowanego można tymczasem wnieść do sali operacyjnej i operować. W tym pokoju są też rozmaite większe narzędzia, jak n. p. maszyny elektryczne, a możnaby go użyć także do postawienia w nim mikroskopów. My jednakże tego nie potrzebujemy, bo posiadamy przyrząd do projekcyi mikroskopowych obrazów. Ja uważam przyrząd ten za koniecznie potrzebny w klinice chirurgicznéj i tu mi słuszność przyzna każdy, kto jak ja uważa za bardzo pożyteczne uczniom nie tylko makroskopowe okazy wyjętych guzów i t. p. pokazywać, ale także ich budowę mikroskopową ciągle im przed oczy przedstawiać i przez to w pamięć wbijać. Można to wprawdzie urządzić tak, jak proponuje Billroth[1]), t. j. w przyległym pokoju ustawić kilka mikroskopów i polecić słuchaczom po kolei tam preparat obejrzeć. Billroth jednak sam mi przyzna, że to ogromnie przeszkadza i masę

[1]) Ryciny dołączymy późniéj.

[1]) J. Billroth: *Wie sollen die Unterrichtsräume einer chirurgischen Klinik in Wien beschaffen sein? W. kl. Woch.* 1889, Nr. 1, 2, 3.

czasu zabiera. Mniejsza już o to, że uczeń mniéj wprawny preparat przesunie, albo śrubkę przekręci i asystent ma ciągłą robotę z ustawianiem preparatu, ale czekanie z wykładem, aż się skończy to ciągłe wchodzenie i wychodzenie jest bardzo nieprzyjemne. Dla tego uważam przyrząd projekcyjny za bardzo potrzebny dla kliniki chirurgicznéj, starałem się o niego usilnie i jestem bardzo wdzięczny panu ministrowi oświaty Gautschowi, że mi go kupić pozwolił.

Niemniéj jednak muszę podziękować panu ministrowi oświaty, że wysłuchał mych przedstawień i gorących próśb i pozwolił na wykonanie amfiteatru z żelaza, zamiast drewnianego, jaki z początku był proponowany i zatwierdzony. Teraz dopiero stało się możliwem zaprowadzenie w sali wykładowéj wzorowéj czystości przez to, że ją całą z góry do dołu można zmywać, gdyż siedzenie i podstawki pod nogi umieszczone stoją zupełnie wolno na żelaznéj podstawie. Podkładki pod nogi są z blachy i muszą być gęsto podziurawione, żeby woda wszędzie mogła łatwo ściekać i zmyć brud z butów i kurz z ulicy przez słuchaczy naniesiony. Kto będzie badał dawne z drewna zbudowane ławki, to musi znaleźć wszędzie w kątach i zagłębieniach, nawet gdyby służba była wzorową, brud i kurz. Otóż jeźli przed operacyją wejdą słuchacze, to kurz wzbije się w górę, a potem podczas operacyi napowrót opada i może ranę zakazić. Żelazny amfiteatr jest wprawdzie nieco droższy, ale znowu nie tak znacznie; przy naszéj sali wykładowéj kosztował wszystkiego o 2000 złr. więcéj. Wykonany został przez firmę Gridl w Wiedniu zupełnie dobrze. Niektóre drobnostki możnaby w przyszłości jeszcze zmienić, żeby zmywanie tem ułatwić. (Dok. nast.)

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Körösi: O wpływie wieku rodziców na żywotność dzieci.

Między okolicznościami, obciążającemi dziedzicznie zdolność do życia nowo narodzonych, odgrywa także rolę według J. Körösiego w Budapeszcie stosunek wieku rodziców. Spostrzeżenia autora polegają na 24.000 przypadkach. Zmarłych osesków wciągał aż do wieku jednego miesiąca do statystycznego obliczenia, a jako przyczyna śmierci znajduje się: wrodzona niemoc do życia, gruźlica, wodogłowie i krzywica. Co się tyczy wpływu ojca, to pokazuje się, że żywotność dzieci spłodzonych w wieku niżéj 25 ciu lat jest mniejszą, to jest, że śmiertelność osesków jest większą. Najkorzystniejsze stosunki przedstawiają dzieci spłodzone w wieku między 25 tym a 40-tym rokiem. Co się tyczy matki, wynikają najkorzystnie warunki dla zdolności do życia nowo narodzonych dla czasu od 20-go do 35-go roku, podczas gdy dzieci pochodzące z matek niżéj 19 tu lat i wyżéj 35-ciu odznaczają się mniejszą siłą życiową. Co się tyczy połączonego wpływu wieku obu rodziców, to przedstawiają się te małżeństwa jako najkorzystniejsze ze względu na zdolność życiową dzieci, gdzie ojciec jest starszym, niż matka (*W. m. W.* 1889 Nr. 31). *Dr. Baschkopf.*

L. 86514. **Okólnik**

c. k. Namiestnictwa do wszystkich Panów c. k. Starostów i WWP. Prezydentów miast Lwowa i Krakowa.

Doszło do wiadomości c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych, iż pewien lekarz w Wiedniu zajmuje się sporządzaniem tak zwanych „wzmacniających pigułek dla mężczyzn“ (*Stärkungspillen für Männer*), wydaje je swoim pacyjentom i ogłasza wydaną przez siebie broszurę, która ma na celu reklamę jego zakładu ordynacyjnego. Z uwagi, że lekarzowi, nie uprawnionemu do utrzymywania apteczki domowéj, nie wolno wydawać chorym lekarstw; z uwagi, że wzbronione jest zapisywanie recept z użyciem dowolnie obranych nazw leków, co każe domyślać się porozumienia z aptekarzami, nie mniéj, że w ogóle zabronioną jest bezwarunkowo wszelka umowa co do interesów wzajemnych pomiędzy lekarzami a aptekarzami, daléj, że wydawanie pacyjentom leku w postaci tajnego środka jakoteż i sposób anonsowania charakteryzujący niewłaściwe postępowanie tego lekarza, nie da się pogodzić z zasadami powszechnéj ordynacyi sanitarnéj z r. 1770 i z instrukcyją lekarską, wydaną dekretem kancelaryi nadwornej z 3 listopada 1788 l. 16135, a przytem uwłacza także godności stanu lekarskiego, do przestrzegania któréj obowiązują się lekarze sponzyją, zawezwało wys. c. k. Ministerstwo spraw wewnętrz. Namiestnictwo w Wiedniu do położenia tamy takiemu także gdzieindziéj pojawiającemu się, a przez publiczne bezwstydne ogłoszenia popieranemu bezprawiu, aby w niektórych lokalach ordynacyjnych, zwłaszcza dla tak zwanych tajnych chorób, zaprzestano wydawać pacyjentom lekarstwa, które lekarzowi tylko z apteki zapisać wolno, aby oraz zapobiegano rozpowszechnianiu w tego rodzaju lokalach ordynacyjnych pism, mających na celu bezwstydną reklamę i wabienie pacyjentów dla zakładu.

Wskutek rozporządzenia wys. c. k. Ministerstwa spraw wewnętrz z dnia 3 grudnia 1889 l. 22204 poleca się Panu na te sprawy zwrócić swoją uwagę, a przeciw lekarzom postępującym w podobny sposób postąpić z bezwzględną surowością prawa a o każdym zaszłym tego rodzaju przypadku donosić wyższéj Władzy.

Wreszcie zwraca to rozporządzenie ministeryjalne uwagę na to nadużycie, że niektórzy dentyści sprzedają pacyjentom w swych lokalach ordynacyjnych przetwory lecznicze po największéj części przez nich samych ordynowane lub wcale nawet przez nich sporządzone.

O czem Pana dla ścisłego przestrzegania zawiadamiam.

Lwów, dnia 26 grudnia 1889. *Badeni.*

Rozporządzenie

c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z d. 12 grudnia 1889, dotyczące cennika leków na rok 1890.

(Dokończenie. Patrz Nr. 3).

§ 13. Za wodę zwyczajną w jakiejkolwiek ilości, można policzyć jeden cent, z wyjątkiem, jeżeli użytą została do odwarów lub nalewów.

§ 14. Jeżeli w przepisie lekarskim nie podano dokładnie ilości jakiego obojętnego składnika albo też, jeżeli dla przyrządzenia leku potrzebnym jest taki w recepcie niewymieniony obojętny składnik, to należy przy taksowaniu uwidocznić na recepcie ilość zużytego obojętnego środka.

Obliczając należytość za środki lekarskie, przepisane w kroplach, przestrzegać należy następującéj zasady: Jednemu gramowi równa się dwadzieścia kropel olejów tłustych, jakoteż ciężkich eterycznych olejów, nastojów rozcieńczonych kwasów mineralnych i w ogóle płynów wodnistych — dwadzieścia pięć kropel pozostałych olejków eterycznych, eteru octowego, wyskoku eterowego i chloroformu, wreszcie pięćdziesiąt kropel czystego etera.

§ 15. Na każdéj recepcie, według któréj sporządzono i wydano w aptece publicznéj lub domowéj lekarstwo, ma być przed ekspedycyją należytość dokładnie cyframi wypisaną, tudzież cena materyjałów, roboty i naczyń (pudełek) itd. osobno oznaczoną.

W publicznych aptekach winien ten, kto oznaczył cenę lekarstwa, umieścić na recepcie oprócz ceny także datę, firmę apteki i swój podpis: ekspedyjujący zaś lekarstwo obowiązanym jest wypisać na sygnaturze każdym razem datę ekspedycyi i swoje nazwisko.

§ 16. Wolno wydawać lekarstwa poniżéj taksy; jednak w takim razie należy na recepcie oznaczyć cyframi tak należytość według cennika przypadającą, jak i należytość dobrowolnie zniżoną.

Jednakże lekarstwa wydane poniżéj taksy powinny posiadać takie własności, jak farmakopea przepisuje; także co do wagi nie wolno czynić ujmy.

Także w odręcznéj sprzedaży nie wolno policzać za leki ceny wyższéj, aniżeli według cennika leków przypada.

§ 17. Przy oznaczaniu cen leków, nie objętych farmakopeą, mają polityczne władze w tych przypadkach, któreby do ich ocenienia doszły, przestrzegać tych samych zasad, według których ustanowiono ceny dla leków objętych farmakopeą, a których brzmienie dosłowne dołączono do cennika leków na rok 1890.

§ 18. Pijawek nie uważa się za artykuł leczniczy, atoli aptekarze obowiązani są utrzymywać je w dobrym stanie w zapasie.

Za jednę pijawkę ustanawia się cenę dziesięciu centów. Przy dostawach na koszt funduszów publicznych od ceny téj nie odciąga się żadnego opustu.

§ 19. Ceny przyjętych przez farmakpoeę materyjałów opatrunkowych podane są w osobnym cenniku, jako dodatek do cennika lekarstw. Od cen tych nie ma być również żaden opust odciąganym.

§ 20. Lekarze i chirurdzy, uprawnieni do utrzymywania aptek domowych lub przyrządów ratunkowych (rozporządzenie Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 26 grudnia 1882 r. Dz. p. p., Nr. 182), mają sprowadzać potrzebne przetwory i środki lecznicze (tak pojedyncze, jak i złożone) jak wreszcie wszelkie inne przetwory lekarskie wyłącznie z najbliższéj apteki i wykazać się w téj mierze osobnemi książeczkami poboru. W książeczkach tych mają być dokładnie wyrażona nazwa i waga leków, tudzież czas ich poboru i stwierdzone podpisem aptekarza.

Zniżenie ceny leków pozostawia się obopólnemu porozumieniu. Co do środków weterynarnych, obowiązuje cennik dla tychże ustanowiony.

Za czynności i za naczynia wolno przy wydawaniu leków dla zwierząt zastosować ten sam cennik, który obowiązuje co do lekarstw dla ludzi.

§ 22. Każde przekroczenie powyższych przepisów, o ile nie podpada pod ogólną ustawę karną, karanem będzie grzywną do stu złotych reńskich a. w. albo aresztem do 14 dni (rozporządzenie ministeryjalne z d. 30 września 1857 Dz. p. p., Nr. 198).

§ 23. Istniejące oprócz tych postanowień przepisy o sprowadzaniu i sprzedaży artykułów leczniczych i leków obowiązują nadal.

Taaffe m. p.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 24 stycznia. N. Pan zamianował prymaryjusza szpitala św. Łazarza w Krakowie i tytularnego profesora Dr. Stanisława Pareńskiego nadzwyczajnym profesorem szczegółowéj patologii i terapii lekarskiéj, docenta Dr. Władysława Antoniego Gluzińskiego nadzwyczajnym profesorem tegoż samego przedmiotu, a docenta Dr. Henryka Jordana nadzwyczajnym profesorem położnictwa i ginekologii w Uniwersytecie Jagiellońskim.

* **Lwów** d. 20 stycznia. Sekcyja lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich na odbytem w dniu 18 stycznia posiedzeniu administracyjnem wybrała nowe bióro, w którego skład wchodzą: jako przewodniczący Dr. W. Bylicki, jako zastępca Dr. Hilary Schramm, sekretarz naukowy Dr. Jendl, sekretarz administracyjny Dr. Dębicki Klemens, gospodarz Dr. Longchamps, członkowie bióra: Dr. Sielski, Dr. Rosner Jan; delegaci na walne zgromadzenie doroczne członków Towarzystwa lek. galic.: Dr. Stroynowski, Dr. Mahl, Dr. Ziembicki, Dr. Dębicki Karol.

* Z prawdziwą dowiadujemy się przyjemnością, że posadę prymaryjusza oddziału chorób skórnych i wenerycznych w szpitalu powszechnym we Lwowie otrzymał wskutek jednomyślnéj uchwały Wydziału krajow. radzca zdrowia Dr. Żegota Krówczyński, a więc z kandydatów bezwzględnie najgodniejszy i najzasłużeńszy. Wiadomość ta, nie wątpimy, wywoła największe zadowolenie nie tylko pośród licznych przyjaciół mianowanego, ale i wszystkich lekarzy w kraju, znających pracowitość, sumienność i wielką zacność kol. Krówczyńskiego. Zyska na téj nominacyi i piśmiennictwo nasze, koło którego kol. K. tak wielkie położył zasługi, pomimo, że dotąd nie rozporządzał oddziałem szpitalnym.

* **Kraków** d. 23 stycznia. Na posiedzeniu wczorajszem Tow. lek. krak. na wstępie prezes w przemowie zaznaczał stanowisko Towarzystwa lek. krak. jako areny dla pracy i wzajemnego porozumiewania się kolegów — Towarzystwa, mającego doniosłe znaczenie społeczno-narodowe. Zachęca, a raczéj uważa za obowiązek, żeby wszyscy młodzi do Towarzystwa wstąpili. Potem nastąpił zapowiedziany wykład prof. Browicza; w dyskusyi brali udział prelegent i kol. Pieniążek. Następnie kol. Sroczyński przedstawił chorego, u którego wykonano wyjęcie wągra podsiatkówkowego. W końcu kol. Kaufmann wygłosił swój odczyt „o mięsieniu."

* Na ostatniem swem posiedzeniu Wydział lekarski Uniw. Jagiell. zamianował Dra Stanisława Momidłowskiego, asystenta przy klinice chorób dzieci, na dalsze 2 lata na téj posadzie; nadał Drowi Tadeuszowi Langiemu, elewowi przy klinice chirurg. stypendyjum Wydziału kraj. w kwocie 500 złr., mianował Dra Aleksandra Rosnera elewem przy tejże klinice i nadał mu stypendyjum rządowe w kwocie 300 złr.; wreszcie przedstawił senatowi akademickiemu 1-mo loco Dra Gustawa Hempla, 2go asystenta przy katedrze anatomii patologicznéj, a 2o loco Dra Stanisława Czaplińskiego, asystenta przy katedrze fizyjologii, do nadania stypendyjum ś. p. Klimowskiego, celem wyjazdu za granicę.

* Rozprawę kol. Pomorskiego musieliśmy przerwać, ponieważ nie gotowe jeszcze są klisze do rycin. Rozpoczęliśmy jednak druk téj rozprawy przed ukończeniam kliszy dlatego, że praca ma temi dniami ukazać się w języku niemieckim, chcąc tym sposobem odpowiednio do zasady naszéj skonstatować, że artykuł pierwéj był drukowany w języku polskim.

* Otrzymaliśmy następujące sprostowanie:

Szanowna Redakcyjo! W artykuliku moim, umieszczonym w pierwszych dwóch Nrach *Przeglądu Lekarskiego* z b. r. pozostał przez pomyłkę w zdaniu umieszczonem na str. 19 (w. 20 i 21 od góry) wyraz „Plotką", mogący dotknąć kolegów, przeciw którym w dyskusyi był użytym. Ponieważ nie miałem za zamiaru nikogo osobiście dotknąć, a chciałem jedynie dobitnie wystąpić przeciw twierdzeniu, którego ogłoszenie było w swoim czasie dla mnie bardzo niemiłem, zmieniam niniejszem zdanie to na następujące: „Mylnem jest jednak i niczem nieudowodnionem twierdzenie."

Z głębokim szacunkiem *Prof. Dr. A. Obaliński.*

Kraków d. 21 stycznia 1890.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Królewiec.** Dr. Karol Fränkel, asystent przy zakładzie hygijen. i docent w Berlinie mianowany został nadzw. profesorem w tutejszéj wszechnicy.

* **Wiadomości osobowe.** Stopień Dra w. nauk lekarskich w Uniw. Jagiell. otrzymał p. Adolf Beck, rodem z Krakowa.

* **Zmarli**: Dn. 15 b. m. Dr. Karol Ulrich, asystent kliniki prof. Eiselta w Pradze czeskiéj w 29 roku życia; w Złoczowie Dr. Tomasz Homme, wychowaniec Uniwers. Jagiellońskiego. Z influenzy: w Heidelbergu radzca dworu profesor baron Dusch w 66 roku życia (prof. patologii tamże od roku 1870, lekarz chorób dzieci); w Monachium praktyk Dr. Bischoff i b. prof. szkoły akuszerek Dr. Schmitt.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 1 Lutego 1890. Nr. 5.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81. Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. O leczeniu złamań rzepki za pomocą szwu kostnego.

Rzecz czytana na I. Zjeździe Chirurgów Polskich.

Podał

Dr. W. Stankiewicz w Warszawie.

Leczenie złamań rzepki przedstawiało dotąd wielkie trudności, a wyniki leczenia, pomimo wszelkich przedsiębranych w tym celu usiłowań, wiele pozostawiały do życzenia nie zadowalając ani leczonych ani leczących. Liczne i rozmaite metody, dążące do zbliżenia i utrzymania w zetknięciu ścisłem odłamków przez czas dostateczny do zrośnięcia się ich bezpośredniego, zwykle nie doprowadzały do pożądanego celu, zmuszając do poprzestawania na rezultacie połowiczym, nieraz dla dotkniętych tem złamaniem bardzo niewygodnym. Jak bowiem długie leżenie w zastósowanych przyrządach wpływać musiało na osłabienie nietylko kończyny dotkniętéj przypadkiem, ale i całego organizmu, tak znowu słaby zrost odłamków narażał chorych na trudny i uciążliwy chód, który dopiero po bardzo długim przeciągu czasu czynił ich zdolnymi do oddania się swym zajęciom i pracy, a niekiedy pozbawiał ich zupełnie téj możności. Ztąd to złamanie rzepki dla klasy niezamożnéj i żyjącéj z ciężkiéj pracy jest o wiele groźniejszem nieszczęściem aniżeli dla ludzi zamożnych. Mając ten wzgląd humanitarny ciągle przed oczyma, oraz pragnienie doskonalenia nauki w jéj praktycznem zastosowaniu, poważniejsze umysły chirurgów starały się o dopięcie celu na różnych drogach, a najbardziéj bystry i krytyczny umysł M a l g a i g n e'a wynalazł metodę, która, jeśli nie ziściła położonych w niéj nadziei i nie zyskała rozpowszechnienia, to tylko skutkiem okoliczności niezależnych od autora, który w epoce swéj działalności niemógł posługiwać się potężnym czynnikiem, jakim jest antyseptyka w chirurgii naszych czasów. Ta wielka era w naszéj nauce, stworzona przez L i s t e r a, posłużyła właśnie jéj twórcy do zwalczenia dotychczasowych trudności w osiągnięciu upragnionego celu przy złamaniach rzepki i dała mu możność święcenia tryumfu nauki na korzyść biednéj ludności kalectwem tem dotkniętéj. Jakkolwiek sądy chirurgów o metodzie téj są podzielone, i gdy jedni upatrują ryzyko i niebezpieczeństwo w jéj zastosowaniu, drudzy dowodzą, iż wyniki dotychczasowych metod dają równie zdrową i silną do użytku kończynę, jednak pozostaje faktem niezaprzeczonym, że zrośnięcie bezpośrednie odłamków przywraca choremu kończynę w stanie pierwotnym silną, obdarzoną wszelkiemi prawidłowemi ruchami i to w czasie najkrótszym w porównaniu do metod dotychczas używanych. Doznawszy, jak wielu chirurgów, niepowodzenia przy leczeniu dokładnem złamań rzepki za pomocą metod znanych, stosowałem przez czas pewien sposób mój własny, polegający na zbliżaniu do siebie odłamków za pomocą 8-ki z rurki gumowéj, podczas gdy kończyna wyciągniętą była na łupce drewnianéj umyślnie w tym celu przyrządzonéj: rezultaty otrzymywałem na téj drodze o wiele lepsze, gdyż tkanka spajająca odłamki zbliżała je trwale na ½ do 1 centymetra. Atoli po rozpoczęciu chodzenia tkanka łącząca je zwykle wyciągała się oddalając od siebie odłamki na odległość nieraz podwójną. Z tem większą też skwapliwością skorzystać postanowiłem z zastosowania szwu kostnego przy złamaniu rzepki przez Listera, skoro przeczytałem szereg pomyślny spostrzeżeń, wygłoszonych na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Londynie w roku 1883 [1]) i byłem przytomny przy wykonaniu téj operacyi w jego klinice, zakończonéj najlepszym rezultatem. Pomyślny rezultat pierwszéj mojéj operacyi [2]), gdzie miałem do zwalczenia niezwykłe trudności, utwierdził moje przekonanie co do wyższości rzeczonéj metody, którą od téj pory miałem sposobność zastósować w czterech przypadkach i opis treściwy takowych niżéj podaję.

I) Wasyl H., lat 26, robotnik kolejowy, przybył do mego oddziału w szpitalu ewangielickim dnia 11 sierpnia 1888 roku z powodu zgruchotania palucha lewéj nogi spadłym nań ciężarem. Po wyłuszczeniu palucha gojenie postępowało nadzwyczaj opieszale i rana zabliźniła się dopiero w początku października;

[1]) *An Adress on the Treatment of Fracture of the Patella by Joseph Lister. British Medical Journal* Nov. 3. 1883.
[2]) *Medycyna* T. XV. Nr. 1, 2, 3. 1887.

pacyjent zaś bardzo bojaźliwy zaczął wstawać i chodzić w parę tygodni późniéj. Dnia 24 października chodząc pośliznął się chorą kończyną i pomimo gwałtownego wysiłku w celu utrzymania równowagi upadł na wznak i poczuł silne trzaśnięcie w kolanie wraz z gwałtownym bólem, poczem podnieść się niebył w stanie. Złamanie rzepki nastąpiło tu przez gwałtowne skurczenie mięśnia prostego w celu wyprostowania kończyny. Nazajutrz znalazłem przy badaniu złamanie poprzeczne rzepki z odstępem trzech centymetrów między odłamkami, zapalne obrzmienie stawu i znaczny wylew krwisty, kończyna została ułożoną na łupce w pozycyi wyprostnéj, na kolano zaś zastósowano worek z lodem. 6 listopada objętość stawu znacznie się zmniejszyła, a odstęp pomiędzy odłamkami zmniejszył się do 2 centymetrów.

Operacyja. Po przecięciu podłużnem skóry i odkryciu odłamków okazało się, iż kierunek złamania był ukośny idąc od dołu do góry i od zewnątrz do wewnątrz, a odłamek dolny stanowił $^1/_3$ część całéj rzepki. Po wypłukaniu z jamy stawu skrzepów włóknikowych i lekkiem wyskrobaniu powierzchni złamanych, przeprowadziłem jeden szew z drutu miedzianego przez oba odłamki i takowe bez trudności do siebie zbliżyłem. Przeprowadziwszy sączek gumowy do stawu przez cięcie w najniższym punkcie jamy stawowéj od strony zewnętrznéj, brzegi rany skórnéj na rzepce zeszyłem jedwabiem i przemywszy staw roztworem sublimatu 1‰, opatrzyłem gazą i watą sublimatową i całą kończynę w mocno wyprostnem położeniu unieruchomiłem na umyślnie do téj operacyi przygotowanéj łupce.

Przebieg łagodny, gdyż tylko przez dwa następne dni ciepłota wieczorna dochodziła do 38°C. 18 dnia po operacyi ciepłota podniosła się do 38·6 skutkiem małego ropienia pod skórą przy otworze, którędy sączek wystawał. Po nacięciu małéj zatoki gorączka znikła, a zabliźnienie ostateczne nastąpiło 12 stycznia 1889. Z powodu bojaźliwości pacyjenta ruchy w kolanie celem przywrócenia zgięcia należało wykonywać bardzo powolnie, a nawet przy pomocy uśpienia chloroformem, poczem szybko dosyć zaczął chodzić, prostować i zginać kończynę. Przy opuszczeniu szpitala d. 10 lutego chodził dobrze bez pomocy laski, zginał kolana pod kątem prostym i prostował zupełnie. Rzepka zrosła się doskonale i tylko pewna sztywność tkanek stawowych na jéj obwodzie wskazywała przejścia operacyjne. Pacyjent przez pewien czas był w Warszawie, a następnie wyjechał naprowincyję do rodziny, gdzie dotąd trudni się pracą około roli i może swobodnie w polu pracować.

II) Adam S., lat 20, garbarz, przybył do szpitala dnia 4 lipca 1889 roku z powodu złamania prawéj rzepki przed 3-ma dniami. Chory idąc szybko pośliznął się i upadł na bruk i w téj chwili poczuł silny ból z trzaskiem w kolanie, poczem już niebył w stanie powstać. Obrzmienie kolana znaczne, niemożność podnoszenia kończyny, odstęp pomiędzy odłamkami przeszło dwa centymetry. Ułożenie na łupce wyprostnéj i okłady lodowe przez tydzień, po upływie tego czasu objętość kolana zmniejszyła się, a odstęp między odłamkami zredukował się do $1^1/_2$ ctm.

Operacyja d. 16 lipca. Po odkryciu odłamków okazało się, iż złamanie było poprzeczne, górny odłamek zajmował większą część rzepki, a powierzchnie złamania zachowywały się względem siebie w ten sposób, iż brzegi ich przednie znacznie więcéj oddalone były aniżeli tylne. Przytem z prawéj strony odłamka górnego pasek tkanki włóknistéj długi na 2 centym. opuszczał się do jamy stawu pomiędzy odłamkami. Po odcięciu tegoż i innych strzępów z brzegów, powierzchnie złamane zeskrobałem łyżeczką i założyłem w linii środkowéj jeden szew z drutu miedzianego. Zbliżenie odłamków było dość łatwe; otwór dla sączka na zewnętrznéj stronie stawu; szew rany skórnéj jedwabiem, opatrunek gazą i wodą sublimatową, unieruchomienie na łupce wyprostnéj.

Przebieg zupełnie bezgorączkowy, ciepłota ani razu nie przeszła 38°. 12-go dnia pierwsza zmiana opatrunku z wyjęciem sączka i szwów. Zabliźnienie zupełne 31 sierpnia. W tydzień potem odjęcie łupki i pacyjent rozpoczął chodzić, przyczem zaczęto zginać kolano i massować kończynę. Obecnie chodzi dobrze, zgina kolana coraz więcéj pod wpływem ciężaru zawieszonego u buta i w tych dniach powraca do dawniejszéj pracy.

III) Alojzy J., czech, lat 38, robotnik w fabryce papieru Ginzburga et Comp. w Częstochowie, przysłany został na kuracyję do mego oddziału dnia 12 lipca r. b. z powodu złamania lewéj rzepki przed 3-ma dniami przez spadnięcie na kolano znacznéj wagi ciężaru maszyny. Kolano bardzo obrzmiałe i zasinione, ból znaczny, niemożność zupełna poruszania kończyną, odstęp między odłamkami wynosi około 4 centym. Unieruchomienie na łupce wyprostnéj, lód przez 13 dni, skutkiem czego obrzmienie znacznie się zmniejszyło.

Operacyja 26 lipca. Po otwarciu stawu i wypłukaniu skrzepów przekonałem się, iż złamanie było powikłane, a mianowicie: główna linija złamania była poprzeczną, dzieląc rzepkę prawie na dwie równe połowy, ale połowa wewnętrzna odłamka dolnego potrzaskaną była na liczne, drobne kawałki, a brzegi powierzchni złamanych pokryte były grubą warstwą skrzepu włóknikowego i strzępami oderwanych tkanek. Po odcięciu tychże i wyskrobaniu skrzepów założyłem jeden szew z drutu miedzianego, idący przez środek odłamka górnego, a przez odłamek dolny bliżéj części zmiażdżonéj. Sączek i szew skórny i unieruchomienie na łupce jak poprzednio.

Przebieg bezgorączkowy, gdyż tylko nazajutrz po pierwszéj zmianie opatrunku (12 dnia) ciepłota podniosła się do 38·1. Zabliźnienie zupełne i zdjęcie łupki d. 12 września; odłamki są dobrze spojone, a sama rzepka w dolnéj połowie szersza i nierówna, skutkiem zlania się ze sobą potrzaskanych kawałków. Lekkie ruchy zgięcia kolana i mięsienia oraz pozwolenie chodzenia od d. 18 września. Od paru tygodni pacyjent chodzi bez pomocy laski, zgięcie w kolanie postępuje wolno, skutkiem mocnego pierwotnego urazu, mam jednak nadzieję, że w ciągu kilku tygodni doprowadzi się do tego stopnia, iż będzie łatwo chodził po schodach i wróci do pracy.

IV) Paweł K., lat 50, parobek, przysłany został do szpitala d. 21 sierpnia r. b. z powodu złamania lewéj rzepki przed pół rokiem. Złamanie nastąpiło skutkiem potknięcia się o próg w chwili, gdy pacyjent dźwigał korzec żyta, a upadłszy na kolano uczuł, jakby rozejście się kości, poczem już wstać niemógł. Złamanie rzepki nastąpiło tu więc wskutek uderzenia kości o twardy próg pod wpływem nacisku całego ciała zwiększonego ciężarem korca żyta. Pacyjent leżał przez kilka tygodni w domu z nogą obandażowaną, a następnie przez kilka miesięcy w szpitalu w Grójcu, skąd wysłano go do Warszawy. Chodzi on trochę z trudnością i mocnem utykaniem, a chcąc pomódz sobie podnosi przy chodzeniu stopę kończyny choréj za pomocą paska obejmującego stopę w kształcie pętli. Kolano w objętości swéj znacznie zwiększone, spuchnięte i wypełnione płynną zawartością; rzepka podniesiona i znacznie wydłużona, gdyż odłamki jéj połączone są tkanką dość grubą, ale podatną tak, że ująwszy je osobno obu rękami z łatwością przesuwa się je w kierunku bocznym oraz przekręca na około osi podłużéj. Przestrzeń między odłamkami wynosi blisko 3 centymetry.

Ponieważ od czasu złamania upłynęło pół roku, a zrost dotychczasowy niedaje żadnéj rękojmi poprawy i wzmocnienia kończyny do tego stopnia, aby pacyjent mógł jako tako pracować, przeto postanowiłem i tu próbować leczenia radykalnego pomimo wieku późniejszego i dość wątłego stanu ogólnego zdrowia.

Operacyja dnia 27 sierpnia. Po otworzeniu rzepki odpiłowałem brzegi obu odłamków połączonych zrostem włóknistym i przystąpiłem do założenia szwu. Doznałem tu przykréj niespodzianki, albowiem substancyja kostna okazała się tak kruchą i miękką, iż zwątpiłem o możności utrzymania się w niéj drutu zbliżającego odłamki. W rzeczy saméj drut od strony wewnętrznéj przerwał tkankę kostną, pomimo nadzwyczaj starannego wyprostowania kończyny (*Hyperextensio*), ale drut na stronie zewnętrznéj utrzymał się w miejscu i dał się skręcić bez przecięcia kości. Po założeniu jak zwykle sączka na stronie zewnętrznéj i szwu skórnego, opatrzyłem kolano i kończynę ułożyłem na łupce. W czasie całéj manipulacyi kończyna ani na chwilę nie zmieniła pozycyi silnie wyprostnéj i takież samo położenie zapewniłem jéj na łupce.

Chory po operacyi czuł się dobrze i najmniejszego odczynu gorączkowego nie okazywał, skarżył się tylko na pewien ucisk w dolnéj części goleni, która spoczywała na poduszeczkach z plewek owsianych. Trzeciego dnia przy wizycie znalazłem pewien nieład w opatrunku i brak owych poduszeczek, utrzymujących kończynę w położeniu wyprostnem. Pokazało się, iż pacyjent w nocy porozsuwał bandaże i wyciągnął poduszeczki, aby sobie ulżyć. Niezwłocznie postarałem się przywrócić kończynę do na-

leżytej pozycyi, ale zaniepokoiłem się o losy szwu drutowego, co też w istocie uzasadnionem się pokazało.

D. 12 września przy zmianie opatrunku znalazłem trochę ropy i częściowe rozejście się brzegów rany skórnéj, a zarazem pewien odstęp pomiędzy odłamkami, wynoszący zaledwie pół centymetra. Przemywszy rankę roztworem sublimatu, nałożyłem szczelny opatrunek i kończynę unieruchomiłem w położeniu wyprostnem. D. 24 września po zdjęciu opatrunku znalazłem obfitszą wydzielinę ropną, pochodzącą z podminowań podskórnych przy otworze dla sączka, jakoteż zatokę ropną po nad kłykciem wewnętrznym. Ropienie nie zajęło wcale stawu kolanowego, którego jama przez wysięk plastyczny zupełnie była zamkniętą, odłamki rozeszły się bardzo mało skutkiem przecięcia drutem tkanki kostnéj odłamka dolnego. Po przecięciu zatok i starannéj desinfekcyi takowych, wydobyłem drut z odłamka górnego, a zeskrobawszy łyżeczką wysięki i ziarninę z powierzchni złamań, złączyłem je w sposób następny: przebiwszy cienkim trójgrańcem ścięgno mięśnia prostego uda, w linii środkowéj tuż po nad obwodem górnym rzepki, przeprowadziłem takowy do jamy stawowéj i przez rurkę trójgrańca wsunąłem końce dwóch drutów miedzianych; następnie za pomocą trójgrańca końce tych drutów przeprowadziłem przez wiąz rzepkowy na dolnym obwodzie rzepki, a wyciągnąwszy je na zewnątrz i skrzyżowawszy z końcami drutów przeciwległych, zbliżyłem do siebie dokładnie odłamki, a końce drutów po skręceniu i ucięciu na powierzchni odłamków młotkiem przypłaszczyłem. Dla bezpieczeństwa nadto przeprowadziłem na poprzek przez staw sączek kauczukowy. Opatrunek sublimatowy i ułożenie na łupce jak dotąd.

Chory po operacyi gorączkował przez 5 dni, mając od 38·5 do 39·2° ciepłoty. Po pierwszym opatrunku 26/9, gorączka wieczorem podniosła się, ale nazajutrz już spadła do normy i odtąd wszelki odczyn gorączkowy ustał. 8/10 drugi opatrunek. Trochę wydzieliny ropnéj z rany podskórnéj zewnętrznéj; w stawie żadnéj wydzieliny niema, sączek od strony wewnętrznéj wyjęty. Odłamki szczelnie zbliżone, w punktach przejścia drutów prze ścięgacze nabiegi żółte bez ropy.

Ostatni opatrunek wykazał bardzo małą ilość wydzieliny z ran zewnętrznych, ziarninę zdrową na powierzchni rzepki, co przy dobrym stanie ogólnym daje mi pewność, że cel operacyi osiągniętym w zupełności zostanie, chociażby z pozostawieniem pewnéj sztywności w stanie kolanowym. [1])

Jeśli statystyka śmiertelności decyduje o bezpieczeństwie danéj operacyi, to możemy śmiało szew kostny rzepki zaliczyć do operacyj, nie zaliczających się do kategoryj ryzykownych, jak to niektórzy chirurgowie twierdzili, gdyż przytoczone powyżéj 4 spostrzeżenia z dodatkiem operacyi pierwszéj, wykonanéj w 1886 r. dają nam rezultat pomyślny pod każdym względem. Prawda, że rezultat ten zależy od bardzo ścisłego przestrzegania zasad antyseptyki, ale obowiązek ten ciąży dziś na chirurgu nietylko przy przedsiębraniu ważniejszéj operacyi, lecz i przy otwieraniu zwyczajnego ropnia. Co do czasu leczenia, metoda szwu kostnego daje nam zupełnie zdrową kończynę w przeciągu dwóch miesięcy, gdyż we wszystkich trzech pierwszych spostrzeżeniach zabliźnienie rany i zrost odłamków nastąpiło w ciągu 6 tygodni, a w dwa tygodnie potem pacyjenci mogli dobrze chodzić, lubo jeszcze nie byli w stanie zginać kończyny w kolanie. W celu przywrócenia tego ruchu zaraz po zdjęciu nogi z łupki rozpoczynam ruchy bierne w kolanie, a nadto massaż mięśni uda i goleni. Również przyspieszam zgięcie kolana przez zawieszanie na stopie ciężaru, podczas gdy chory siedzi na stole w ten sposób, że przegub podkolanowy znajduje się na krawędzi stołu. Aby ile możności uniknąć zesztywnienia stawu postanowiłem w przyszłości nie wprowadzać wcale sączka, który może obecnością swoją wywoływać zgrubienia zapalne w tkaninach włóknistych torebki stawowéj. Nadto powziąłem myśl spróbowania zbliżenia dokładnego do siebie odłamków bez otwierania stawu, modyfikując ideę Malgaigne'a w ten sposób, że na środku każdego odłamka chcę przeciąć części miękkie do saméj kości, w tkankę kostną każdego odłamka wkręcić szrubkę na głębokość 1 centym., idącą ukośnie w kierunku zbliżenia się obu szrubek do stawu, końce ich zaś wystające nad powierzchnią skóry zbliżyć za pomocą odpowiedniego mechanizmu o tyle, o ile potrzeba do szczelnego zetknięcia się odłamków. Wprawdzie zdarzyć się może, iż strzępy tkanek włóknistych i same skrzepy krwi pokrywać mogą powierzchnie złamane, ale nie sądzę, aby mogły przeszkodzić wytworzeniu się bezpośredniego zrostu między odłamkami, gdyż większe strzępy tego rodzaju zdarzają się bardzo rzadko, jak o tem przekonaliśmy się, a nadto zawsze pozostaje o wiele większa powierzchnia odłamków niczem nie zakryta i skłonna do zrastania się, strzępy zaś prawdopodobnie w takim razie ulegną wessaniu pod wpływem naciskających je powierzchni odłamków. Skrzepy zaś krwi nie mogą wywierać żadnego szkodliwego wpływu w tym względzie

Śmiało tedy na zasadzie powyższych rezultatów twierdzić mogę, iż leczenie złamań rzepki za pomocą szwu kostnego ma wyższość nad dotychczas zastosowanemi metodami pod każdym względem i najgoręcéj zachęcam kolegów do zastosowania takowego, gdyż tym tylko sposobem rzeczona metoda dostąpi praktycznego rozpowszechnienia, na którą najzupełniéj zasługuje.

[1]) Obecnie mogę dodać, iż odłamki zrosły się doskonale, pacyent od końca Listopada r. z. zaczął chodzić, chód ma pewny bez pomocy laski. Kończynę prostuje i podnosi dobrze, zgięcie tylko kolana jest znacznie ograniczone.

II. Przypadek wynicowania i wypadnięcia pęcherza moczowego u kobiety, powikłany porodem.

Podał

Docent Dr. A. Mars.

(Dokończenie. Patrz Nr. 4).

W przypadku niniejszym mieliśmy niewątpliwie do czynienia z wypadnięciem przez cewkę moczową częściowo wynicowanego pęcherza moczowego. W przypadkach podobnych podają autorowie, że rzadko tylko wypada pęcherz moczowy w całéj grubości ścian, ale że częściéj tylko sama błona śluzowa. Na okoliczność tę starałem się zwrócić uwagę podczas badania i przyszedłem do przekonania, że ściany pęcherza moczowego w niniejszym przypadku wypadały w całéj swéj grubości. Przemawiały za tem okoliczności: że grubość ścian co najmniéj na $^1/_2$ centymetra oceniłem, że te ściany były zbite, naciekłe, coby miejsca nie miało, gdyby tylko sama błona śluzowa wypadała. Nadto wymownie przemawia za tem okoliczność, że wewnętrzne ściany guza przesuwane na sobie dawały uczucie przesuwania się ścian gładkich, co zupełnie otrzewnéj odpowiada.

O ile mi była literatura dostępną, nie spotkałem przypadku, w którymby mowa była o ciąży i porodzie w podobnym przypadku, przeczo przypadek niniejszy jest więcéj zajmującym, a to tem więcéj, ile że po porodzie nastąpiło tak znaczne pogorszenie cierpienia, które chora znosiła przez blisko dwa lata, niedoznając znaczniejszych dolegliwości. Zastanawiając się nad tą ostatnią okolicznością widzimy, że cierpienie to podczas ciąży prawie nie uległo zmianie i że pogorszenie nastąpiło dopiero po porodzie i dlatego przyczyny pogorszenia w tym ostatnim szukać musimy. Co do porodu samego, to chora podawała, że był cięższy, aniżeli pierwszy; nie umiała jednak dokładnie różnicy określić. Do podania tego trudno wiele przywięzywać wagi, tem więcéj, że wiemy, iż osoby rodzące często ostatni poród jako naj-

cięższy podają, mimo, że tak nie jest, łatwo bowiem cierpienia dawniéj przebyte zapominają wobec tych, które znoszą. Faktem atoli jest, że poród trwał od chwili wystąpienia pierwszych bólów aż do wykluczenia płodu 14 godzin. Czas ten rozpadał się na okresy jak następuje: od wystąpienia pierwszych bólów do zupełnego rozwarcia szyi i ujścia zewnętrznego macicy ubiegło 12 i pół godziny od téj chwili do ukończenia porodu ubiegło 5 kwadransów, a pęcherz pękł na kilka minut przed wykluczeniem płodu. Wobec tego rozkładu czasu trwania porodu na okresy powiedzieć musimy, że okres pierwszy trwał stosunkowo długo, że w drugim okresie pęknięcie pęcherza płodowego było opóźnione, że wreszcie czas, od pęknięcia pęcherza do wykluczenia płodu, trwał bardzo krótko. Przyczyny tego niestosunku pojedynczych okresów porodowych między sobą musimy szukać w skąpéj ilości wód płodowych. Taki niestosunek dałby się zupełnie usprawiedliwić zcieśnieniem miednicy i to we wchodzie téjże, co w niniejszym przypadku miejsca jednak nie miało. Okoliczność ta, że w niniejszym przypadku było mało wód płodowych, dozwala zdaje mi się wytłómaczyć cały szereg następstw. Wiadomem jest, że w przypadkach, w których niema dostatecznéj ilości wód płodowych podczas porodu, okres rozwierania się dróg miękkich porodowych się przedłuża, brak bowiem zazwyczaj formującego się pęcherza płodowego, który tą czynnność pierwotnie podejmuje. Poród jest boleśniejszym, części miękkie bowiem nie w sposób łagodny, podatnym pęcherzem płodowym, ale twardą główką bywają rozszerzane, na co też w niniejszym przypadku chora się żaliła. Z tychże samych powodów domyślać się należy, że ucisk na szyję pęcherza moczowego i cewkę moczową trwał dłużéj i był silniejszy, aniżeli gdyby była u téj saméj osoby dostateczna ilość wód płodowych. Cewka moczowa zaś, która uległa dłuższemu uciskowi, poprzód już rozszerzona, tem skłonniejszą być musiała do jeszcze znaczniejszego rozszerzenia, a tem samem i do pomieszczenia w sobie znaczniejszéj części pęcherza moczowego, aniżeli to kiedykolwiek poprzód miejsce miało.

Mimowoli nasuwa się pytanie: dlaczego pęcherz moczowy podczas ciąży nie wypadał tak znacznie? dlaczego nie wypadł podczas porodu? i dlaczego wypadł dopiero w 21 godzin po porodzie.

Co do pierwszego pytania, to zdawaćby się mogło, że właśnie podczas ciąży powinien był wypadać najwięcéj ze względu, że w tym czasie ucisk wśród jamy brzusznéj jest podniesiony. Odmienne zachowanie się pęcherza przypisać musimy stosunkom anatomicznym i fizyjologicznym ciąży; wiadomo nam bowiem, że wiązki podłużne mięśniowe macicy, spływające po jéj przedniéj ścianie ku dołowi, przechodzą częściowo na pęcherz moczowy. Skutkiem tego podczas ciąży, gdy macica wzrasta ku górze, gdy się wytwarza tak zwany dolny jéj odcinek, pęcherz jest pociąganym ku górze, co w niniejszym przypadku działało w przeciwnym kierunku jego skłonności do wypadania.

Co do drugiego pytania, to łatwiéj rzecz sobie można wytłomaczyć, a mianowicie podczas porodu działało równocześnie więcéj czynników, które wypadanie pęcherza moczowego powstrzymywać mogły i tak: poziome ułożenie rodzącéj w łóżku, ucisk główki płodu na części miękkie do spojenia łonowego, wreszcie znany fakt, że podczas porodu pęcherz moczowy w prawidłowych warunkach zostaje ku górze wyciągnięty, w czem stosunek mięśni macicy do ścian pęcherza i ich kurczenie się niezaprzeczenie rolę odgrywają.

Co do ostatniego pytania, to rzecz może nie jest tak łatwą do wytłomaczenia, bo jeżeli osoba ta oddawała mocz dobrowolnie po porodzie, jeżeli cewka moczowa, jak wyżéj przypuszczono, do rozszerzenia się była skłonniejszą, niżeli kiedyindziéj, to pozostaje nam tylko brak działania po porodzie tłoczni brzusznéj, który nam może na to pytanie odpowiedzieć. Skoro chora bowiem była późniéj już w możności użycia tłoczni brzusznéj, wyparła sama pęcherz moczowy na zewnątrz, a ten wystąpił w daleko większym odcinku przez cewkę moczową, albowiem ta ostatnia była, jak już powiedziano, skłonniejszą do rozszerzenia się. Dlaczego chora po porodzie nie mogła wypadniętego guza odprowadzić, na to wiele powiedzieć się nieda, gdyż poprzód odprowadzała guz sama chora i wiedzieć nie można, czy odprowadzała przez cewkę moczową do pęcherza, czy też wsuwała go tylko do pochwy. W każdym razie wobec tego, że wszyscy niemal autorowie mówią o łatwem odprowadzaniu wypadniętego pęcherza, muszę przypuszczać, że skutkiem wypadnięcia znaczniejszéj części jego i powstałego ztąd utrudnienia w krążeniu krwi w jego ścianach, musiało nastąpić obrzmienie części wypadniętéj, które odprowadzenie utrudniać a nawet udaremniać mogło. Że podczas méj bytności guz był obrzmiały, to było widocznem, działo się to jednak w kilkanaście godzin po wypadnięciu.

Po odprowadzeniu pęcherza rozwinął się gwałtowny stan zapalny błony śluzowéj pęcherza moczowego, co tem łatwiéj nastąpiło, że organ ten już musiał dawniéj być cierpiącym, a wypadnięcie po porodzie, obrzmienie, zabiegi przy odprowadzaniu przyczyniły się do gwałtowuego zaostrzenia téj sprawy. Następstwem tego była też sprawa zapalna okołomaciczna. Sprawa ta wychodząca niewątpliwie ze ścian pęcherza lub tkanki otaczającéj, była zmianą miejscową. Do dnia 8-go po porodzie, czyli do dnia 9-go grudnia raz tylko ciepłota wynosiła 38·7°C., zawsze zresztą była prawidłową. Podniesienie się jednorazowe ciepłoty ciała odpowiadało wystąpieniu wypociny. Jak się zachowywała daléj część odprowadzona, trudno stanowczo powiedzieć, jakość moczu dozwalała tylko przypuszczać, że część pewna ścian pęcherzowych musiała uledz zgorzeli, która 8 go dnia po porodzie dała powód do wystąpienia posocznicy, któréj chora uległa.

Co się tyczy daléj postępowania leczniczego, to w niniejszym przypadku było to niezwykłem, że odprowadzenie wypadłéj części pęcherza było tak utrudnionem. Dlaczego dotąd używane sposoby nie wystarczały, a sposób przezemnie użyty do celu prowadził, tłomaczę sobie w sposób następujący: główną przeszkodę w odprowadzeniu stanowiło ujście zewnętrzne cewki moczowéj wobec obrzęku ścian wypadłéj części pęcherza. Odprowadzając guz zwykłemi sposobami, wywierałem za pośrednictwem tegoż ucisk na brzeg ujścia zewnętrznego cewki w kierunku ku spojeniu kości łonowych, tym sposobem zamiast ułatwić musiałem sobie utrudnić postępowanie. Przeciwnie zaś, skorom począł palcem wsuwać guz, tuż przy jego nasadzie działając, wywierałem za pomocą palca pośrednio przez szypułkę ucisk na tylny brzeg ujścia cewki moczowéj w kierunku ku kości krzyżowéj, przezco ujście cewki moczowéj było rozszerzanem, a tem samem i odprowadzenie ułatwionem.

Cierpienie omawiane w niniejszym przypadku stało się przyczyną zejścia śmiertelnego, wprawdzie może nie samo przez się, ale skutkiem powikłania z porodem. Wobec tego sądzę, że cierpienie to u osoby, mającéj warunki do zajścia w ciążę, nabiera poważnego znaczenia, i wobec nabranego

w niniejszym przypadku doświadczenia, gdyby mi się przydarzył podobny przypadek u osoby, mogącéj zajść w ciążę, wykonałbym otwarcie jamy brzusznéj w celu, aby sztucznie utwierdzić pęcherz moczowy do wewnętrznéj ściany brzucha, (*Ventrofixatio vesicae urinariae*) co sądzę łatwo bez złych następstw wykonaćby się dało, przyszywając do ściany brzusznéj samą tylko uchwyconą otrzewnę okrywającą pęcherz moczowy.

III. O plantacyi zębów.

(Odczyt miany na zwycz. posiedz. Tow. lek. krak. d. 6 list. 1889).

Podał

Dr. Kazimierz Szymkiewicz.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

Przy téj sposobności pozwolę sobie wypowiedzieć kilka uwag w sprawie t. zw.: „plantacyi zębów“.

Przez tę ogólną nazwę rozumiemy operacyję, polegającą na wstawieniu zęba naturalnego w świeżo opróżniony zębodół. Tutaj mogą zachodzić rozmaite kombinacyje:

1) Jeżeli w opróżniony zębodół napowrót wstawiony zostanie ząb, który w nim przedtem spoczywał, natenczas operacyja ta zwie się „replantacyją“.

2) Jeżeli zaś w opróżniony zębodół osadzony zostanie ząb, który do tegoż zębodołu dawniéj nie należał, natenczas mówimy o „transplantacyi“. Druga ta forma może byc znowu albo:

a) autoplastyczna, jeżeli w opróżniony zębodół osadzonym zostanie ząb, należący pierwotnie do tego samego indywiduum, ale wyjęty z innego miejsca arkady zębowéj, albo

b) heteroplastyczna, jeżeli w tym celu użyty zostanie ząb należący pierwotnie do innego osobnika.

W ostatnim tym przypadku można znowu dokonywać transplantacyi albo zębem świeżo indiwiduum żyjącemu wyjętym, albo dłuższy czas po dokonanéj ekstrakcyi, albo nareszcie zębem wyjętym z czaszki trupa.

Najwięcéj używaną i najbardziéj racyjonalną jest replantacyja.

Pierszy, który tę operacyję wykonał, był Ambroży Paré, znakomity chirurg francuski 16-go wieku. Zaleca on replantacyję w przypadkach urazowego wybicia zdrowych zębów i po dokonanéj przez pomyłkę ekstrakcyi zdrowego zęba, w miejsce bolącego. Piotr Dupont w 17 tym wieku był jednak pierwszym, który metodę tę polecił, celem konserwacyi zębów bolących. Rozleglejsze zastosowanie znalazła jego metoda leczenia dopiero w 18 tem stuleciu i to już nie w formie prymitywnéj, przez Duponta podanéj, t. j. replantacyja zęba bez zabezpieczenia jamy próchnicowéj, ale w połączeniu z plombowaniem.

Nawiasowo muszę tu wspomnieć, iż dotychczas jeszcze niektórzy amerykańscy dentyści wykonywają metodę Duponta przy silnych nerwobólach od zęba wychodzących, aby za pomocą niezupełnéj ekstrakcyi przerwać tylko związek pulpy z jéj pniem nerwowym.

Nie mając dotyczącéj literatury przed sobą, którą Dr. David w swojéj *Etude sur la greffe dentaire*, wydanéj w Paryżu r. 1877, bardzo pilnie zestawił, kończę na tem historyję replantacyi, a przystępuję do przypadków, w których operacyja ta jest wskazaną. Najważniejszem wskazaniem do wykonania natychmiastowéj replantacyi jest całkowita luksacyja zęba, powstała skutkiem urazu, n. p. uderzenia, upadnięcia itd., przyczem, jeżeli uraz działał ze znacznem nasileniem, powstaje obok wybicia zębów także złamanie albo tylko wyrostka zębodołowego albo całéj kości szczękowéj. Ponieważ w takich razach głównie zęby przodkowe uszkodzeniu ulegają, i albo zupełnie ze swoich zębodołów zostają wyrzucone albo w nich luźnie siedzą, przeto wszelkie opatrunki, łączące pojedyncze odłamy kości ze sobą, a osadzone tylko na zębach, t. zw. szyny drutowe, podane przez Sauera, nie mogą być we wszystkich przypadkach złamania szczęki dolnéj używane, a to z tego powodu, iż jeżeliby się nawet ocaleniu zębów w takich razach uboczne tylko przypisywało znaczenie, to osada, jaką zęby dla szyny stanowić mogą, jest zbyt chwiejną i niewystarczającą. Pomijając tę kwestyję, o któréj tylko nawiasowo wspomniałem, dodać potrzeba, iż zęby sieczne muszą być po dokonanéj replantacyi za pomocą ligatur albo też za pomocą wyżéj opisanéj, bardzo prostéj opaski Herbsta w swojem miejscu ustalone, inaczéj pod wpływem procesu, jaki się podczas ich ustalenia w zębodole odbywa, mogą być z swego miejsca wysunięte, tem bardziéj, iż na swoich antagonistach, dachówkowato je pokrywających, nie mają dostatecznego oparcia.

Drugiem wskazaniem do wykonania natychmiastowéj replantacyi są przypadki, w których z powodu niedokładnego badania, opierając się tylko na wskazówkach chorego, dokonano ekstrakcyi na zębie zdrowym, albo przynajmniéj nie bolącym. Przedstawiony Panom ząb kwalifikował się wybornie do replantacyi po zaplombowaniu otworów, powierzchowne tylko warstwy zębowiny zajmujących, a cała operacyja snadnie w przeciągu kilku minut dokonaną być mogła. Nie chciałem w 4 tygodnie po spełnionéj przez OO. Bonifratrów ekstrakcyi próbować zbyt ryzykownéj metody Youngera, o któréj późniéj będę miał zaszczyt wspomnieć, wobec już dobrze zasklepionego zębodołu. Przypadki, o których teraz wspomniałem, zdarzyć się tylko mogą chyba ludziom, którzy wiedzeni fałszywie zrozumianą miłością bliźniego, jak n. p. zakon OO. Bonifratrów, albo też nęceni zyskiem, a nie posiadając w tym kierunku potrzebnego wykształcenia, słuchają ślepo wskazówek chorego. Spotkać jednak może tego rodzaju nieprzyjemny przypadek nawet lekarza, w zawodzie dentystycznym najlepiéj biegłego i to przy ekstrakcyi zębów trzonowych mlecznych, których korzenie będąc ku sobie zakrzywione obejmują niekiedy zarodek zęba dwuguzikowego pierwszego lub drugiego. Podczas ekstrakcyi zatem może równocześnie z zębem mlecznym wyjętym być także zarodek zęba stałego, przyczem naturalnie nie ciąży na operatorze najmniejsza wina. W takich przypadkach wskazanaby była replantacyja owego zarodka na podstawie doświadczeń dokonanych przez Philippeaux, a zwłaszcza przez Legros i Magitot, którzy wykazali, iż przeszczepione zarodki zębowe wraz ze swą torebką, mogą się zupełnie przyjąć i normalnie rozwijać.

Dalszem wskazaniem do wykonania replantacyi byłyby zapalenia pulpy lub okostnéj zębodołowéj, jeżeli albo chory nie zgadza się na leczenie systematyczne, czy to z powodu zbyt dokuczliwych i od dłuższego czasu trwających bólów, czy też nie mogąc z przyczyny swoich zajęć znaleść dość czasu do poddania się leczeniu, albo też jeżeli jama próchnicowa jest niekorzystnie umieszczona i sąsiednim zębem tak zakryta, iż dostęp do niéj nawet dla najzręczniejszego operatora jest bardzo utrudniony albo niemożliwy. W takich razach nie kusząc się o uratowanie zęba *in situ*, którego zaplombowanie w pomienionych warunkach nigdy nie mogłoby być dokładne, wskazaną jest ekstrakcyja z następową replantacyją.

Wreszcie o jednem jeszcze, bardzo ważnem, a mało dotychczas uwzględnionem wskazaniu wspomnieć należy. Nie rzadko zdarzają się przypadki uporczywego krwotoku zębodołowego po dokonanéj ekstrakcyi zęba, który jako naturalny i nader szczelny tampon, może dla powstrzymania takiego krwotoku bardzo korzystne oddać przysługi. W tym też celu każdy wyjęty ząb powinien być przynajmniéj przez pierw-

szych 24 godzin w odpowiednich warunkach przechowany, aby, jeżeli ewentualnie zajdzie tego potrzeba, mógł służyć do zatamowania groźnego krwotoku.

Przeciwwskazaną byłaby ta operacyja przedewszystkiem w tych przypadkach, w których brak jest antagonisty w drugiéj szczęce. Ząb taki bowiem nie mając żadnego udziału w sprawie gryzienia, zwolna wysuwa się z zębodołu, obluźnia i wypada. Naturalnie nie tyczy się to zębów przodkowych, które ze względów estetycznych nader ważną odgrywają rolę, przeto wszelkiemi środkami powinno się dążyć do ich ocalenia.

Daléj przeciwwskazaną jest ta operacyja w przypadkach rozległego braku innych zębów, a świeżo wyjęty może być za pomocą protezy równie dobrze i z korzyścią dla pacyjenta zastąpiony.

Nareszcie przeciwwskazaną jest replantacyja, jeżeli albo już dłuższy czas minął od dokonanéj ekstrakcyi, przez co odpowiedni zębodół uległ znacznemu ściśnieniu i przeobrażeniu, albo też jeżeli zmiany zapalne w dotyczących kościach i dziąsłach przebiegają ze zbyt wielkiem nasileniem, zagrażając obumarciem ścian zębodołu i wywołując groźne zaburzenia w ogólnym stanie zdrowia. Ponieważ głównym warunkiem usunięcia tych przypadów jest utrzymanie drożności zębodolu dla odpływu ropy, przeto o replantacyi zęba w tych warunkach nawet myśleć nie można.

Sposób mojego postępowania przy téj operacyi opisałem Panom na samym początku, a polega on głównie na dokładnem oczyszczeniu ze wszystkich części zepsutych, tak jamy próchnicowéj, jako też jamy pulpy wraz z kanalikami korzeni i dokładnem tychże zaplombowaniu wśród warunków ściśle przeciwgnilnych. Ponieważ okostna zębodołowa, o ile jest zdrowa, najważniejszą odgrywa rolę przy ustaleniu czyli konsolidacyi replantowanego zęba, przeto staram się ją uchronić od wszelkiego uszkodzenia, zeskrobując jednak te jéj części, które są najwięcéj sprawą zapalną zmienione. Po usunięciu skrzepów krwi z zębodołu i przestrzyknięciu go jakim środkiem desinfekcyjnym, reponuję ząb, którego korzenie poprzednio proszkiem jodoformu posypane zostały. W domu polecam choremu tylko ochronianie dotyczącego zęba przed gryzieniem pokarmów stałych i częste płukanie ust zimną wodą. Celem powstrzymania objawów zapalnych na okostnéj okazały się bardzo praktycznemi pędzlowania dziąseł od strony policzkowéj i językowéj za pomocą tinktury jodowéj, do któréj dla złagodzenia bólów dodaną zostala w równéj części *Tra. aconiti* albo *opii simpl.*

Dotychczas wykonałem w mowie będącą operacyję trzy razy. Pewne daty mogę Panom podać tylko z dwóch przypadków, mianowicie obecnie przedstawionego i z drugiego, w którym dokonałem replantacyi przed 18 miesiącami t. j. 23 czerwca z. r. Co się tyczy trzeciego przypadku, w którym chodziło o jeden z zębów siecznych górnéj szczęki, chory po dokonanéj replantacyi z założoną opaską gumową sposobem Herbsta poszedł i więcéj się nie pokazał.

Co do replantacyi wykonanéj przed 18 miesiącami, widziałem pacyjentkę w dniu 31 października b. r. i przekonałem się, iż dotyczący ząb, a mianowicie: 1-szy dwuguzikowy górny po stronie prawéj, nie różni się w zabarwieniu od swoich sąsiadów, silnie osadzony jest w szczęce i spełnia prawidłowo te same funkcyje, co i inne zęby, z miejsca swego nie poruszone. W pierwszą noc po dokonanéj replantacyi wystąpiły u pacyjentki bardzo gwałtowne bóle tak, iż miała zamiar wezwać mnie do ponownéj ekstrakcyi. Przecierpiała jednak całą noc, a nad ranem bóle znacznie złagodniały, i w kilku dniach wszelkie objawy zapalne okostnéj ustąpiły zupełnie.

Replantowane zęby mogą, jak o tem świadczą relacyje wielu wiarogodnych autorów, przez długie lata spełniać należycie swą funkcyję. I tak: Hunter widział pomyślne rezultaty po 4 latach, Bourdet po 6, Taft po 10 i 16, a Guérard nawet po 17 latach. Możnaby *a priori* twierdzić, iż ząb po spełnionéj ekstrakcyi, t. j. po przerwaniu związku jego z organizmem, staje się dla niego ciałem obcem, i jako takie powinien być po dokonanéj replantacyi albo zresorbowany albo też przez ropienie wydalony. Że takie następstwa w przeważnéj liczbie przypadków nie mają miejsca, o tem przekonywają nas doświadczenia, przez bardzo wielu wiarogodnych eksperymentatorów wykonane, a zwłaszcza będące od kilku lat na porządku dziennym w klinice dentystycznéj prof. Redarda w Genewie. Tenże, jak o tem świadczy referent *Centralblatt für Zahnheilkunde* z r. 1884, ogranicza się nie tylko do replantowania całych zębów, ale także wykonywa tę operacyję na korzeniach zębów siecznych, które poza ustrojem zaopatruje w sztuczne korony. Tym sposobem nie tylko zapobiega zanikowi wyrostka zębodołowego szczęki, powstającemu w miejscu z korzeni zębów ogołoconem, ale także ochrania chorych przed noszeniem sztucznych zębów, które pominąwszy już inne względy bądź co bądź zagrażają istnieniu zdrowych. Chociażby w takich razach rezultat operacyi trwał tylko kilka lat, uważać go można za świetny, odwlekając na tak długo sztuczną protezę.

Doświadczenia zatem przekonały, iż replantowany ząb w przeważnéj liczbie przypadków staje się na nowo własnością organizmu. Pytanie jednak zachodzi, jakie czynniki towarzyszą temu uwłaszczeniu, t. j., jakie zmiany anatomiczne przyczyniają się do utrwalenia replantowanego zęba. Hunter w drugiéj połowie zeszłego stulecia zdołał z pomyślnym rezultatem zaszczepić świeżo wyjęty zdrowy ząb ludzki w grzebień koguta, a po kilku miesiącach przekonał się, iż okostna jego znajdowała się w ścisłym naczyniowym związku z otaczającemi częściami miękkiemi grzebienia. Jeszcze ciekawsze pod tym względem doświadczenie robił Philippeaux w roku 1853. Zaszczepił on w grzebień koguci ząb sieczny razem z torebką, wyjętą świeżo urodzonéj śwince morskiéj. Ząb ten nie tylko przyjął się w tych nowych warunkach, ale nawet w przeciągu 10 miesięcy wyrósł o 5 mm. Że tak pomyślna replantacyja, z przywróceniem warunków życia zupełnie normalnych jest i u człowieka możliwą, o tem świadczy przypadek Twista, który przekonal się, iż replantowany przez niego u dziecka ząb, nietylko osadził się w szczęce, ale wzrastał także i rozwijał się zupełnie tak, jak odpowiedni ząb drugiéj strony. Wieseman i Mitscherlich robili pierwsi na psach uwieńczone pomyślnym rezultatem doświadczenia, gruntowniéj jednak przeprowadził takowe Leon Fredel przed kilku laty w pracowni histologicznéj prof. Eternoda w Genewe (*Ueber Zahnpflanzung vom historischen u. experimentellen Gesichtspunkte von Leo Fredel*, tłomaczone z rękopisu przez M. Morgensterna). Wnioski jego nie mogą być wprawdzie w całości zastosowane do człowieka, wyjaśniają jednak w wielu punktach sprawy anatomiczne, towarzyszące utrwaleniu się replantowanego zęba. Przedewszystkiem przychodzi on do przekonania, iż u psów okostna zębodołowa składa się z dwóch nader silnie ze sobą spojonych blaszek, które przecież podczas ekstrakcyi (u psów z większą trudnością wykonać się dającéj) odrywają się od siebie tak, iż jedna pozostaje na korzeniu, druga wyściela zębodół. Obydwie te blaszki w kilka dni po dokonanéj operacyi zrastają się bardzo silnie ze sobą, a przez przeciąg tego czasu odbywa się zupełna ich regeneracyja, t. j. powracają one najpierw do stanu embryjonalnego, przyczem tworzą się nowe komórki, powstałe częścią

przez podział komórek łączno-tkankowych okostnéj, częścią zaś są to komórki wypocinowe. Wśród tego ściany zębodołu ulegają częściowéj rezorbcyi, przez co jama ta zwiększa swoje rozmiary dla zgrubiałéj okostnéj, w któréj tworzą się także nowe naczynia krwionośne. (Dok. nast.)

IV. Z praktyki prywatnéj.

Improwizowana pompa żołądkowa zastósowana przy otruciu chloranem potasowym.

Podał

Dr. Hicner.

Przed dwoma laty, gdy byłem jeszcze słuchaczem medycyny, wydarzył mi się następujący przypadek: podczas feryi wielkanocnych leczyłem młodą dziewczynkę, córkę propinatora p. M. S. na ostry nieżyt gardła, w miasteczku J. Poleciłem płukanie gardła rozczynem chloranu potasowego. Zgęszczony rozczyn téj soli był przygotowany w szklance (20 : 250), z czego chora miała brać odpowiednią ilość i po rozcieńczeniu wodą używać do płukania gardła. Mimo zwrócenia z méj strony uwagi na to, że płyn ten nie jest obojętnym dla ustroju i że odpowiednio trzeba z nim postępować, szklanka z rozczynem chloranu potasowego stała zupełnie swobodnie na stole, a nieszczęście chciało, że ojciec choréj podczas obiadu, biorąc rozczyn ten za zwykłą wodę studzienną, bez zastanowienia się płyn ze szklanki wypił. Dopiero doznawszy nieprzyjemnego smaku w ustach ze zdziwieniem dowiedział się od córki o zawartości szklanki. Trwoga ogarnęła dom cały. Zawezwany natychmiast zatrwożyłem się sam nie mało, nie mając zwłaszcza żadnego środka pod ręką i będąc o kilkanaście kilometrów oddalonym od najbliższéj apteki. Gdy na drodze mechanicznéj nie udało mi się wywołać wymiotów, zaimprowizowałem sobie pompę żołądkową. Najzwyklejszéj rurki kauczukowéj użyłem jako sondy żołądkowéj, a próżnię pneumatyczną wytworzyłem sobie w beczułce napełnionéj piwem, tę bowiem w propinacyi miałem pod ręką. Beczułkę pełną piwa ustawiłem na stole tak, że czop był umieszczony od góry na najwyższym szczycie wypukłości boku beczki, a w dnie beczki zwróconem ku mnie otwór na wkręcenie pipy znachodził się u dołu. Do otworu czopa zakręciłem zgiętą rurkę szklaną, jaką znalazłem przy konewczce Hegara, rurkę tę połączyłem drenem z drugą prostą małą rurką szklaną, a tę ostatnią dopiero mogłem łączyć z końcem drenu wystającego z jamy ustnéj. a zastępującego sondę żołądkową. Do dna beczułki kazałem robić pipę i równocześnie wszelkie możliwe szczeliny zaklejać woskiem. W drenie, którego długość wynosiła kilkadziesiąt ctm a grubość 1—1½ ctm. na jednym końcu wyciąłem z boku 2—3 okienka, chcąc przez to zapobiedz szybkiemu zatkaniu się otworu końcowego drenu już to przez błonę śluzową żołądka już to przez pokarmy przed chwilą dopiero spożyte. Tak więc przygotowany dren z powodu jego wiotkości z niemałym mozołem wprowadziłem do żołądka. Połączywszy koniec wystający z ust drenu z rurką szklaną prostą, miałem przed sobą wprawdzie nie ozdobną, ale przynajmniéj w danym przypadku coś obiecującą pompę żołądkową.

Odkręcając więcéj lub mniéj kurek pipy, otrzymywałem strumień cieczy wypływającéj z beczki, już to silniejszy, już to słabszy i wskutek tego mogłem należycie opanować szybkość tworzenia się próżni w beczce, a co za tem idzie, chronić błonę śluzową żołądka od uszkodzenia. Przez rurki szklane widziałem dokładnie przepływającą ciecz z cząstkami pokarmów (mięso, kasza, ziemniaki, kapusta) z żołądka do beczki, a w razie gdy dolny koniec sondy w żołądku został zatkany przez ciała stałe, wtedy pomagającemu mi człowiekowi kazałem mocno palcami uciskać rurkę kauczukową łączącą obie rurki szklane, a sam zdjąwszy sondę z rurki szklanéj prostéj, za pomocą lejka wlewałem przez sondę do żołądka zwykłą wodę dla usunięcia części stałych z okienek drenu i dla większego rozcieńczenia treści pokarmowéj w żołądku. Rozcieńczać zawartość żołądka byłem zmuszony trzy razy i za każdym razem wprowadzałem do żołądka około 200 ctm. kub. wody.

Nie możliwem było przeprowadzić w improwizowanéj pompie żałodkowéj mierzenia treści wypompowanéj, a więc nie mogę przedstawić ilości téjże w cyfrach, z czegoby wnioskować można o dokładności opróżnienia żołądka, jednak o ile mi się wydaje i o ile wierzyć mogę uczuciom podmiotowym pacyjenta (czuł czczość w żołądku po ukończonem pompowaniu i chętnieby znów zasiadł do drugiego obiadu), to prawie zapewnić mogę, że nie efektowny i nie imponujący ten przyrząd działał bardzo dobrze. Przez kilkanaście dni późniéj obserwowałem chorego jak najdokładniéj i nie znalazłem najmniejszych zaburzeń w jego organizmie, co bez wątpienia należy przypisać pompie żołądkowéj, gdyż około 20 gr. chloranu potasowego naraz zażytego wewnętrznie, sądzę, nie uszłoby tak bezkarnie. Z góry zaznaczyć muszę, że przyrządzenie téj pompy odbyło się względnie w bardzo krótkim czasie, najwyżéj 20—30 minut, chloran potasowy nie mógł więc być tak prędko wessanym zwłaszcza, że w żołądku napotkał bardzo liczne i najróżnorodniejsze spożyte pokarmy, gdyż właśnie, jak to wspomniałem, odbyło się to podczas obiadu.

Przypadek ten podaję do wiadomości szanownych kolegów, a może niektóry z nich znalazłszy się w krytycznem położeniu podobnem do mego, zechce go zastósować, zwłaszcza, że skonstruowanie takiéj pompy nie wymaga zbyt wiele czasu a materyjał do tego potrzebny prawie w każdéj miejscowości znaleść można Dren zwykły, którego użyłem zamiast sondy żołądkowéj, zastąpić można także, według mego zdania, rurką kauczukową znachodzącą się przy każdéj konewczce Hegara, a na rozpowszechnienie téjże w obecnych czasach użalać się prawdopodobnie nie potrzeba.

V. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Roux i Yersin: **O jadzie dyfterycznym.**

Prątek dyfteryczny nie rozmnaża się w narządach, lecz wytwarza tylko w miejscu zajętem jad, który dostając się do ustroju zatruwa go; w razie długo trwającéj choroby prątki w miejscu zajętem nawet zupełnie znikają. Wynika to ztąd, że autorowie otrzymali z dyfterycznego prątka osobny przetwór chemiczny, który wstrzyknięty zwierzęciu pod skórę, wywołuje chorobę, a nawet śmierć bez współudziału żywego mikroba, wśród takich samych objawów, jakie spostrzegamy przy zaszczepieniu samego prątka. Hodowla prątka dyfterycznego na słabo alkalicznym bulijonie zmienia po kilku dniach jego oddziaływanie na kwaśne, przyczem jadowitość prątka się zmniejsza, a potem znowu na alkaliczne, a jadowitość równocześnie się potęguje. Wysoka ciepłota osłabia działanie jadu; tak po dwugodzinnem ogrzewaniu w ciepłocie 58°R. ośm razy tak wielka ilość, jak ta, która przedtem wstrzyknięta pod skórę zabijała zwierzę, wywołuje już tylko mniejsze lub większe cierpienia. Po ogrzaniu téjże cieczy przez 20 minut przy 100°C. znosi zwierzę 70 razy tak wielką dawkę jadu jak ta, która przed ogrzaniem śmierć sprowadzała. Cierpienia wywołane wstrzyknięciem jadu ogrzewanego są bardzo podobne do tych, które powstają po wstrzyknięciu moczu ludzi chorych na dyfteryję, albo wyciągu narządów wziętych ze zwłok umarłych na dyfteryję. Wpływ powietrza i światła również osłabia jadowitość rozczynu prątków dyfterycznych i tak: rozczyn trzymany w szczelnie zamkniętéj rurce w ciemnem miejscu przez 5 miesięcy nie utracił zabójczych własności, trzymany zaś w naczyniu otwartem wystawionem na działanie słońca tracił takowe w stosunku prostym do czasu, przez który tym wpływom podlegał Wogóle kwasy, a szczególnie kwas mleczny i winny znacznie osłabiają działanie jadu, w czem upatrują autorowie ważne wskazówki dla terapii. W alkoholu jest jad dyfteryczny nierozpuszczalny i alkohol nań nie działa. W stanie zupełnie czystym nie udało się autorom jadu dyfterycznego otrzymać, to też mogli robić tylko w przybliżeniu obliczenia, jaka najmniejsza ilość wystarcza do zatrucia zwierząt i tak n. p. 0·0004 grm., względnie nieczystego jadu zabija 8 morskich świnek, ważących po 400 grm. każda. Pod wielu względami wywołuje jad dyfteryczny podobne skutki jak diastaza; w ustroju zwierzęcym działa na ścianki

naczyń, sprowadza ich rozszerzenie się i krwotoki. Próby przyzwyczajania zwierząt do dyfterycznego jadu nie udawały się, gdyż wskutek jego wielkiéj siły nawet bardzo małe dawki wywoływały często nawet po długim przeciągu czasu po wprowadzeniu właściwe skutki. *(Annales de l'institut Pasteur*, 25 czerwca). *A. W.*

Farmakologija.

Docent C. B. Tilanus (Amsterdam): **Nowe badania nad przeciwgnilnem działaniem jodoformu.**

Na podstawie licznych doświadczeń czyni T. następujące wnioski: w ostrem zakażeniu przyrannem nie należy używać jodoformu, gdyż tu mamy lepsze leki w rozpuszczalnych środkach przeciwgnilnych; w gruźliczem zaś zakażeniu poleca się systematyczne używanie jodoformu, ponieważ jego niszczący wpływ na rozwój prątków jest stwierdzony i nad niego lepszego środka nie ma; inne środki przeciwgnilne zbyt szybko zmieniają się i nie można ich używać tak łatwo w takiéj ilości jak jodoformu. Może uda się korzystnie wpłynąć na niektóre przypadki suchot płucnych, jeżeli chorzy proszek jodoformowy przy sobie mieć i jego parę wdychiwać będą. Jodoform jest środkiem przeciwpasorzytniczym tego rodzaju, że przeszkadza rozmnażaniu się pewnych drobnoustrojów, nawet w bardzo małéj ilości; nie jest jednak dotychczas udowodnionem, czy je może na pewno zabić. (*Münch. med. W.*, 1889, Nr. 33).

Dujardin-Beaumetz (Paryż): **O środkach przeciwgorączkowych ból kojących.**

Rozmaite w nowszych czasach przygotowywane środki uśmierzające ból są równocześnie środkami przeciwgorączkowemi i w części także przeciwgnilnemi. Jedne działają jak ciała wstrzymujące kiśnienie i zwalczają w ten sposób równocześnie nadmierną ciepłotę; inne wpływają bezpośrednio na czerwone ciałka krwi przez zmniejszenie ich siły oddechowéj, obniżając tym sposobem gorączkę; trzecia wreszcie grupa wpływa na ośrodki naczynio ruchowe rdzenia pacierzowego i tem samem także na ośrodki regulujące ciepło. Ostatnia grupa posiada wyłącznie równoczesne działanie ból uśmierzające. Ważnem jest pytanie, czy z drobinowego ugrupowania wszystkich z rzędu aromatycznego tu należących leków wysnuć można pewną regułę co do sposobu ich działania. Pod tym względem wynika z doświadczeń Bardeta: połączenia wodu i ich pochodne (fenole, naftole itd.) posiadają przeważnie działanie przeciwgnilne, ciała zaś amidorodne (acetanilid, talina, kairyna) działanie przeciwgorączkowe, podczas gdy działanie ból uśmierzające napotykamy przeważnie u tych amidorodnych, aromatycznych ciał, w których H zastąpiony jest przez rodzeń kwasu tłuszczowego, szczególnie szeregu metylu (dimetyloxychinizyn, acetfenitidin, metylacetamylid). Lépine zwraca uwagę na bardzo powikłane działanie fizyjologiczne nowych tu należących leków. Leki te wpływają w większości nietylko na wymianę materyi, któréj nasilenie one znacznie obniżają, lecz także na ośrodki naczynio-ruchowe, zwłaszcza w większych dawkach; równocześnie uśmierzają wszystkie te leki ból. Przeciwgorączkowe działanie tych leków polega nie tylko na zmniejszonym rozpadzie białka, lecz także na zmniejszeniu cukru na koszt glikogenu mięśni i wątroby. Powyższe leki są więc truciznami pierwoszcza, ale w daleko mniejszym stopniu, niż chinina. Ich główne fizyjologiczne działanie odnosi się do rdzenia pacierzowego, w którym zmniejszają nasilenie wymiany materyi w pojedynczych ośrodkach czucia i ciepła. W dyskusyi wspomina Bardet o eksalginie (metylacetamilidzie), który jednak nie działa tak silnie kojąco, jak antipyryna, a prócz tego posiada jeszcze ujemną stronę, że sprowadza silne zawroty głowy. (*Wien. m. Bl.*, 1889, Nr. 33). *Dr. Baschkopf.*

Choroby wewnętrzne.

Dr. Werther (Drezno): **Morbus Weilii.**

W literaturze opisanych przypadków téj rzadkiéj choroby jest 71. Objawy jéj i przebieg są następujące: ciepłota nagle już w 1 dniu dochodzi do 41°C. (Wagner) i jest w tym lub następnym dniu najwyższą. Po 4-tym lub 5-tym dniu przychodzi do spadku o 1 lub 2°C. Odtąd wieczorne eksacerbacyje są coraz mniejsze, a dzienne remisyje większe takiż w 10 dniu ciepłota *per lysim* dochodzi do prawidłowéj. Oprócz bólu i zawrotu głowy, występuje za dnia apatyja, śpiączka i zajęcie senzoryjum w przeciwstawieństwie do niepokoju i bezsenności w nocy. Bóle mięśniowe a przedewszystkiem mięśni łydek są znaczne i przypominają bóle mięśniowe w przebiegu duru powrotnego. Przeczulica ogólna robi chorego drażliwym na najlżejsze dotknięcie. Brak apetytu i odraza do potraw stale téj chorobie towarzyszą. Tętno z początku szybkie (150), nikłe i dwubitne, w 6 dniu po wystąpieniu żółtaczki, opada. Ruchy oddechowe przyspieszone (56) połączone są z bólami w piersiach, mimo iż płuca nie są zajęte. Diamantopulos odnosi bóle te do zadrażnienia nerwu błędnego. Wymioty pojawiają się w połowie przypadków, a rozwolnienie częściéj towarzyszy jéj niż zatwardzenie. Śledziona zawsze jest obrzmiałą, a zwiększenie wątroby występuje przeciętnie w 6 dniu równocześnie z żółtaczką różnego nasilenia. Mocz od trzeciego dnia stale się zmniejsza, a często przychodzi do anuryi. W 50% zawiera białko i wałeczki (Nothnagel i Schüppel). Z rekonwalescencyją pojawia się go prawidłowa ilość. Herpes i wysypki nie należą do rzadkości, także krwotoki z nosa, płuc i z kiszki odchodowéj. Zapalenie płuc (*Pneumonia biliosa*) spostrzegał Landozy, połowicze porażenia i drgawki widzieli Lebert i Gerhardt. W przypadku śmiertelnym Dunina sekcyja wykazała: w wątrobie tylko nieliczne zraziki normalne, zresztą *detritus* lub ogniska lymfoidalno naciekłe (*leukocytöse Infiltrationsherde*). W nerkach liczne wybroczyny i obraz *nephritis parenchymatosa*. Śledziona powiększona i leukocytami przepełniona. Kiszki bez zmiany. Choroba Weila występuje sporadycznie, zazwyczaj w lekko przebiegających epidemijach. Przypadki poronne w niczem prawie się nie różnią od zwykłéj żółtaczki kataralnéj. Przypadki ciężkie przypominają żółtaczkową durzycę Griesingera i często śmiercią się kończą. Dotychczas epidemije przypadają zawsze na lato, a z 71 opisanych przypadków tylko 2 tyczyły się kobiet. Żołnierze i rzeźnicy szczególną okazują skłonność (20%). U innych chorych zawsze można było wykazać pewną styczność z bydłem lub padliną. Spożywanie zepsutego mięsa także jest momentem usposabiającym. Horaczek, Wunderlich i Wagner nie wątpią w zarazek swoisty, który osłabia utlenianie się tkanek w organizmie, wskutek czego przychodzi do rozpadu komórek. Według Pfühla i Kirschnera gnicie istot organicznych jest najpewniejszą przyczyną powstawania epidemii; we wszystkich bowiem dotychczas znanych, które często ograniczały się do jednéj ulicy, części koszar lub nawet do jednego pokoju, ognisko gnijące wykazać było można. Choroba Weila jest chorobą *sui generis*, bo choć zmiany anatomo-patologiczne są te same, jakie często napotykamy przy zatruciu fosforem, płonicy i róży, to przebieg kliniczny jest zupełnie odrębny i charakterystyczny. Durzyca żółtaczkowa powrotna (*Biliöses typhoid*) różni się od choroby Weila w następujących punktach: 1) nie występuje nigdy sporadycznie i zawiera spiryle; 2) występuje tylko podczas epidemii duru powrotnego; 3) składa się z pojedynczych napadów (*Relaps*) kończących się potami. Febra żółta najwięcéj jest do niéj zbliżoną, w naszym klimacie jednak nie występuje a sporadycznie nigdy się nie pokazuje. *Febris remittens biliosa*, pozostawia po sobie znaczne obrzmienie śledziony i wątroby, a objawy kliniczne téj gorączki są bardzo zmienne, chinina w niéj zaś działa jako lek swoisty. Ostrego nareszcie zaniku wątroby żaden chyba lekarz nie weźmie za omawianą chorobę. Weil pierwszy w Niemczech ją opisał w rozprawie: *Ueber eine eigenthümliche Infectionskrankheit (Deutsches Archiv für kl. Medizin* B. 39), lekarze francuzcy jednak wcześniéj ją już znali (*Deutsche med. Wschft.*, 1889, Nr. 52). *Dr. Mendelsburg.*

Chirurgija.

Réthi: **Nowa pętla do polipów nosopołykowych i polipowato zmienionych tylnych końców muszli.**

Nowy ten przyrząd sporządzony według pomysłu autora przez Marconiego w Wiedniu ma ułatwiać uchwycenie i odsznurowanie tak polipów nosopołykowych jak zwyrodniałych tylnych końców muszli nosowych, zwłaszcza, że uchwycenie tychże przy pomocy dotychczas używanych przyrządów nieraz na znaczne napotyka trudności i zmusza często do po

sługiwania się przy tem lusterkiem, zgłębnikiem lub palcem. Narzędzie, będące po prostu zmienioną odpowiednio pętlą galwanokaustyczną, składa się jak zwykle z podwójnéj rurki i drutu przez takową przeprowadzonego i tworzącego pętlę. Główną zaś zmianę i ulepszenie stanowi to, że przedni koniec rurek, obejmujących pętlę, za pomocą stawu ruchomego z resztą połączony, może być dowolnie w bok skręconym i z osią przyrządu utworzyć kąt większy lub mniejszy, do czego służy sztabka, która przy kręceniu śrubką koniec ten odpowiednio ustawia. Przy takiem urządzeniu założenie pętli jest łatwem, poczem następuje zaciśnięcie pętli, a przepalenie kończy operacyję, którą wykonywać zawsze lepiéj pod kokainą. (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1890, Nr. 4).

Dr. Langie.

J. Englisch (Wiedeń): **O wprowadzaniu cewnika.**

E. żąda przed wprowadzeniem cewnika dokładnego zbadania zewnętrznego, jako też przez kiszkę odchodową, cewki moczowéj w całéj jéj rozciągłości, gdyż ta ma wielki wpływ na wybór i prowadzenie narzędzia. Poprzedzić także powinno badanie moczu celem rozpoznania możebnie istniejącéj choroby nerek, gdyż w takich razach nawet bardzo dobrze wykonane kateteryzowanie narzędziami niepodatnemi może sprowadzić najgwałtowniejsze następstwa. Co do zabiegu samego wymaga, aby narzędzie wprowadzano jednostajnie i powoli. Przekroje trupów dziecięcych pouczyły go, że istnieją dwie postacie cewki mocz., które wywierają wpływ na rodzaj krzywizny cewnika. W pierwszéj postaci mamy prawie jednostajne skrzywienie ustalonéj części cewki mocz. i tu potrzebne jest narzędzie o większym promieniu krzywizny, drugiéj zaś postaci odpowiada cewnik o mniejszym promieniu. Główne znaczenie tych różnic występuje dopiero wtedy, gdy tkanki są zmienione i pozbawione swéj prawidłowéj elastyczności; w tem miejscu omawia E. wrodzone i nabyte zmiany cewki mocz. lub jéj otoczenia, które mogą wywołać przeszkody, jak stulejka, zarośnięcie, zalepienie, wytwarzanie się zastawek, zwężenia, ubytki, wypuklenia i t. d. Powiększenie gruczołu krokowego dzieli ze względu na praktyczną doniosłość na różne postacie, stosownie do tego, czy oba płaty boczne, czy tylko środkowy, lub wszystkie części są powiększone. Nakłucie pęcherza dozwolone jest chyba w ostateczności jako sposób badania. *Cathétérisme forcé* całkiem porzuca. (*Wiener Klinik*). *Dr. Baschkopf.*

Choroby kobiece.

S. Gottschalk: **Wpływ influenzy na choroby kobiece.**

Według Biermera podczas téj choroby często wydarzają się krwotoki maciczne, a przy braku regularności (*amenorrhoea*) taż wraca. G. podczas obecnéj epidemii miał sposobność stwierdzić to samo. We wszystkich przypadkach były to rzeczywiste krwotoki maciczne atypowe. Krwotoki występowały w 1-szy lub 2-gi dzień powikłane bólami krzyżów i w dwóch przypadkach parciem na mocz. Przedmiotowo wykazać mógł G. wyraźne obrzmienie i znaczne rozpulchnienie macicy. Błona śluzowa macicy przy dotyku zgłębnikiem nadczuła, miękka, gładka. Błona śluzowa pochwy prawidłowa. W dwu przypadkach nastąpiło poronienie. Adneksa normalne. G. tłómaczy zjawisko ostrem zapaleniem błony śluzowéj macicy, a względnie *deciduae*. Zdanie Jaquemiera i Kiwischa, że influenza nie jest szkodliwą ciąży, nie potwierdza się. (*Centralbl. f. Gynaek.*, Nr. 3, 1890). *Kohn.*

Váwra: **Embolia powietrza przy wytamponowaniu macicy gazą jodoformową.**

Drugi raz rodząca, l. 38, *placenta praevia lateralis*, położenie płodu czaszkowe, poród bez pomocy, popłód w ½ godziny później. Krwotok skutkiem niedowładu macicy opiera się mięsieniu, sporyszowi, zimnym i gorącym wstrzykiwaniom; tamponada gazą jodoformową wskazana. Po wprowadzeniu zaledwo kilku kawałeczków gazy występuje nagle sinica, bezdech i po kilku chwilach śmierć. Przy nekroskopii znaleziono w żyłach powięzi szerokich, w obu *Venae sperm. int.*, w *cava inf.*, w prawem sercu i w *art. pulmon.* mnóstwo baniek powietrza. Oczywiście gazą wciśnięto powietrze w żyły macicy i autor wspomina, aby być ostrożnym w przypadkach powikłanych. (*Časopis českých lékaru*, 1889). *Kohn.*

Choroby skórne.

Prof. Dr. Lang (Wiedeń): **Podskórne wstrzykiwania *oleum cinereum* przeciw kile.**

Lang pierwszy w r. 1885 wprowadził ten lek w użycie, a 5 letnie doświadczenia coraz bardziéj przemawiają za tym sposobem leczenia. Występujące *stomatitis* i *gingivitis* są mniéj częste i słabsze, niż przy wcierkach. Autor każe sporządzać oliwę 50 i 30% według formułki: *Rp. Unguent. ciner. lanoliat. 9·0*, lub *6·0*, *Ol. amygdl. apt. 4·00*, przyczem olejek przy ciągłem mięszaniu z maścią kroplami dolewać każe. Koniecznem jest, aby szara maść użyta, była zrobioną z lanoliną. Flaszeczka zawierająca ten lek winna posiadać koreczek szklany i być trzymaną w miejscu chłodnem, najlepiéj zanurzoną w drugą flaszkę z wodą zimną. Przed użyciem ogrzewa się flaszeczkę nad lampką spirytusową tak długo, aż oliwa przybierze formę gęstopłynną, co przy 20° C. następuje. Strzykawka, któréj L. używa, mieści w sobie 0·50 cc. leku, rączkę tłoczka dzieli za pomocą kresek na 50 części tak, iż 0·01 cc. płynu odmierzyć w ten sposób może. Przed wstrzyknięciem tak skórę, jako też i strzykawkę wodą karbolową dokładnie obmywa, wstrzykuje zaś najchętniéj w grzbiet między łopatki; tylko jeżeli idzie o resorbcyję kilaków, lub okostnych zgrubień, w takim razie w okolicę takowych igłę wbija. L. wstrzykuje w jednym tygodniu 2 razy po 0·05 cc., w następnym tygodniu tylko połowę téj dawki. Zazwyczaj 0·20 do 0·20 oleju 50% wystarczają do usunięcia wysypki plamistéj i guziczkowéj. Jeżeli zmiany wymagają dłuższego leczenia, w takim razie używa oleju 30%. Dalsze doświadczenia wykazały, iż jedna i ta sama ilość w jedno tylko miejsce wstrzyknięta wolniéj się resorbuje, a zatem i działa, aniżeli ilość ta na kilka miejsc rozdzielona. Na téj zasadzie lekarz może regulować więc nie tylko dawkę, ale i szybkość działania. W przypadkach kiły ciężkiéj (układu nerwowego, kości) podaje L. w 1 tygodniu 1·0—2·0 cc 30% oleju, poczem 4 tygodnie pauzuje i 0·10—0·20 cc. raz w tygodniu daléj podaje. Autor nie jest zwolennikiem metody Fourniera, polegającéj na przeładowaniu organizmu rtęcią, na przemian z jodem przez lata podawaną, doświadczenie bowiem uczy go, że nawroty chorobowe u w ten sposób leczonych są złośliwsze. *Oleum cinereum* wywiera także niezaprzeczenie zbawienny wpływ na rozdrażnienie nerwowe kiłowych, a u pijaków zakażonych zmniejsza drżenie. Prócz tego, iż używając metody wstrzykiwań dawkę i siłę resorbcyjną oznaczyć możemy, to używając tego leku na podstawie, iż wessanie odbywa się powoli a stale, wstrzyknąć możemy naraz większą ilość, a zatem nie tak często je powtarzać i to jest bardzo ważną dodatnią stroną téj metody. W dalszym ciągu poświęca autor wiele miejsca polemice, przeciw nieprzyjaciołom tego leku zwróconéj, a mianowicie stara się udowodnić, iż prof. Kaposi nie ma racyi twierdząc, jakoby olej szary wywoływał ostrą rtęcicę, jeżeli nie przekracza się dawek przez autora podanych. (*W. med. Woch.* 1889, Nr. 48, 49, 50).

Dr. Mendelsburg.

Toksykologija.

J. Geppert: **O istocie otrucia kwasem pruskim.**

Wiadomo, że w otruciu kwasem sinowodowym krąży krew żylna jasno-czerwona, z czego można wnioskować, że zawiera daleko więcéj tlenu, niż zwykle. Mimo to następuje śmierć wskutek tego otrucia wśród najwybitniejszego obrazu śmierci z uduszenia. Że powstanie połączenia sinu z hemoglobiną nie bierze przytem widocznego udziału, musimy dotąd przypuszczać. Do zatrucia używał G. 0·1% kwasu pruskiego, jako 0·25% rozczynu sinku potasu. Zasługuje na uwagę, że objawy otrucia rozpoczynały się od powiększenia ilości oddechów. Gdy okres zadrażnienia spotęgował się do kurczów, wtedy dosięgała z dusznością także ilość oddechów swego *maximum*, aby z wystąpieniem porażenia i obniżenia ciepłoty szybko i znacznie się zmniejszyć. Jeżeli otrucie przechodzi pomyślnie, to po porażeniu występuje znowu okres kurczów, powiększenie liczby oddechów, która opada do prawidłowego stanu po odzyskaniu zdrowia. Po wstrzyknięciu trucizny do krwi lub jéj wdychaniu przebiega zatrucie burzliwiéj i szybciéj. Mierzenie zużycia O podczas zatrucia wykazało nieznaczne podwyższenie na początku pierwszego okresu, następnie

zaś znaczne zmniejszenie zużycia O; przy otruciu przemijającem spostrzegano po zmniejszeniu znowu podwyższenie, które w końcu opada do stanu prawidłowego. Następujący teraz okres kurczowy rozpoczyna się od nieznacznego powiększenia zużywania O; zwierzę w ogólnych kurczach zużywa daleko mniej O, niż spokojne, prawidłowe. Badanie nad zachowaniem się CO_2 wykazało zmniejszenie zawartości jego w krwi tętniczej, jak i żylnej. Odpowiednio do tego podwyższa się stosunek oddawanego CO_2 do przyjmowanego O. Ponieważ w otruciu nagromadzony w ustroju CO_2 zostaje wydalony, wynika ztąd, że się mniej wytwarza niż wydziela. Omawiając przyczyny upośledzonego spalenia wskazuje G., że krew nawet, gdy czerwona krąży w żyłach, gdzie zawierać może tyle O, co tętnicza, łatwo może uledz w ciele odtlenieniu i że zdolność wiązania hemoglobiny dla O niedoznaje zmiany. Z doświadczeń G. wynika, że tkanki pod wpływem zatrucia nie są więcej w stanie przyjmować O. Otrucie kwasem pruskim jest wewnętrznem uduszeniem się. (*W. kl. W.*, 1889, Nr. 32).

F. Ackeren (Berlin): **Przypadek otrucia kreoliną u człowieka.**

Kreolina znalazła w ostatnich czasach, szczególnie z powodu braku własności trujących, tak rozległe zastosowanie, że usprawiedliwione jest ogłoszenie przypadku zatrucia u człowieka. Na klinikę prof. Gerhardta przyjęto 30-letniego robotnika, który wypił 250 gramów nierozcieńczonej kreoliny w zamiarze samobójstwa; w chwili przyjęcia był nieprzytomny. Podczas usiłowanego wprowadzenia cewy żołądkowej zwymiotował znaczną ilość cieczy zielonawej o woni cechującej. Przepłukano żołądek i podano pigułki lodowe. Z obszernej historyi choroby wyjmujemy tylko najważniejsze szczegóły. Wpływ trucizny na przewód pokarmowy był nieznaczny, gdyż powstały tylko nieznaczne nadżerki w początku jego; żołądek oddziaływał silnemi wymiotami. Ilości wessanej kreoliny nie mógł A. oznaczyć z powodu wymiotów i wypłukania żołądka, była jednak dostateczną do sprowadzenia objawów wessania ze strony układu nerwowego, wątroby i śledziony. Co do układu nerwowego: utrata przytomności i drgawki w kończynach górnych. Wątroba i śledziona były powiększone a powiększeniu towarzyszyła żółtaczka skóry. Wydzielanie trucizny rozpoczęło się natychmiast po zażyciu i trwało aż do dziewiątego dnia. Objawy ze strony dróg przeprowadzających mocz były nieznaczne, natomiast sprowadziła kreolina ostre zapalenie nerek. A. wstrzykiwał królikom do jamy brzusznej kreolinę, która sprowadzała zatrucie, prowadzące wśród objawów porażenia do śmierci, a przy sekcyi znalazł zapalenie żołądka i jelit z obrzmieniem kępek Peyera i krwotokami w błonie śluzowej oprócz ostrego miąższowego zapalenia nerek. W ostatnich latach opisano jeszcze dwa przypadki otrucia u człowieka. W przypadku Rosina rozchodziło się o zakażenie krwi połogowe, leczone przepłukiwaniami macicy kreoliną; nagły zapad i śmierć. W przypadku Cramera wystąpiła u dziecka po zastosowaniu tamponów kreolinowych wysypka podobna do płonicy; mocz miał barwę moczu karbolowego, zawierał białko. Praktycznie ważnym wynikiem powyższych spostrzeżeń jest, że kreolina wśród wszelkich okoliczności jest ciałem trującem; należy dokładnie kontrolować wydzielanie się jej z moczem i należy ją natychmiast odstawić, gdy występuje zielonawo ciemna barwa moczu lub nawet ślady białka. (*B. klin. Woch.*, 1889, Nr. 32).

Notatki lecznicze.

O leczeniu blednicy zauważa Huchard w *Revue générale de Clin. et de Therap.*, luty 1889, że w ogóle podaje się wielkie dawki żelaza, które obciążają żołądek i zostają wydzielone niestrawione. H. przepisuje 3 razy dziennie: *Calcar. praep., Pulv. Coffeae tostae, Pulv. rad. Rhei āā 0·18, Limat. Martis 0·03* w kapsułce do zażywania. Wobec skłonności chorych do używania kwasów, której czynią zadość przez picie octu, przepisuje chętniej *Ac. muriat 1·0, Aq. dest. 120, Syr. Citri 25·0*, po każdem jedzeniu łyżeczkę od kawy. W przypadkach zaparcia stolca usuwa takowe małemi dawkami podofiliny lub *Cascar. sagrad.* Niektóre niewiasty nie mogą znieść żelaza, a w takim razie używał arsenu i manganu, *Extr. Cinchon., Extr. Gent. āā 12·0, Natr. arsenic. 0·1, Glycer. q. s. ut f. pill. No 100*, przy każdem jedzeniu 1—2 pig. Przy braku apetytu podawał *pulv. Nuc. vomic. Rp. Carbon. veget., Mangan. oxyd. āā 4·50. Pulv. Colomb., Pulv. Nuc. vom. āā 0·5, div. in pp. aeq. No 20*, godzinę przed jedzeniem proszek. Jeżeli się żelazo dobrze znosi, poleca: *Extr. Cinchon. Extr. Gentian. Extr. Rhei ana 4·0. Kali tart. 3·0. Extr. nuc. vomic. 0·5, Olei anis gtt. V. Glycer. q. s. ut f. pill. 100* 2—3 r. dziennie 1—2 pig.

Huchard ostrzega przed podawaniem **podczas miesiączki antipyryny**, wydawanej u nas bez recepty w aptekach i droguerniach.

Między wewnętrznemi lekami, które szybko zdobyły sobie powszechne użycie, zasługuje **ichtyol** przedewszystkiem na wzmiankę. Najpierw używano go z korzyścią przeciw chorobom skórnym; znakomite wyniki osiągnięto nim w leczeniu wyprysku, trądzika (*Acne rosacea*), strupienia woszczynowatego i róży. Obok zewnętrznego stosowania, w którem używa się go w postaci maści np. jako 5-cio do 20-to % dodatku do *unguent. zinco-benzoatum*, lub jako roczczynów wyskokowo-eterycznych lub mydła ichtyolowego jakoteż plastra waty ichtyolowej, wprowadzono niedawno także wewnętrzne jego stosowanie w pigułkach (0·1) i kapsułkach (0·25 ichtyolu). Według badań Zuelzera sprzyja ichtyol wytwarzaniu się białka w ustroju, możnaby go więc użyć u wyniszczonych celem podniesienia odżywienia. Oprócz tego używa się ichtyolu tak zewnętrznie, jak i wewnętrznie jako środka przeciw gośccowi i nerwobólowi (w rwie kulszowej, połowiczym bólu głowy, gośćcu, dnie, lumbago i t. d.).

Pepper poleca kreozot przeciw **dyspepsia flatulenta** w następującej postaci: *Rp. Creosot. gtts X. Natrii bicarbon. 8·0, Pulv. gum. arab. q. s. Aq. dest. 150·0.* DS. 1 łyżeczkę w godzinę po jedzeniu. W atonii żołądka i w niedostatecznem wydzielaniu soku żołądkowego podaje w godzinę po jedzeniu następujący proszek w opłatkach lub kapsułkach żelatynowych: *Rp. Pepsin. 4·0, Creosot. gtt. X. Bismut. subnitr. 4·0. Mfp. div. in dos. 30.* *Dr. Baschkopf.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo ginekologiczne w Krakowie.

I. Posiedzenie z dnia 30 października 1889.

Na zaproszenie Doc. Dra Marsa zgromadziło się członków 9-ciu, jak: Dr. Stanisław Braun, Dr. Maksymilian Cercha, Dr. Władysław Harajewicz, Dr. Maks. Kohn, Doc. Dr. Antoni Mars, Dr. Bogumił Skibiński, Dr. Ludwik Wiśniewski, Dr. Jan Ziembiński, Dr. A. Wilkosz, Dr. Kazimierz Smorągiewicz i wybrano na przewodniczącego Dra Wilkosza, na sekretarza Dra Brauna.

Docent Dr. Mars usprawiedliwia nieprzybycie na posiedzenie prof. Madurowicza i Dra Jordana i zaznacza cel zebrania, to jest, aby założyć Towarzystwo ginekologiczne w Krakowie. — Dr. Kohn wyraża uznanie Doc. Marsowi za inicyjatywę co do założenia powyższego Towarzystwa. — Dr. Wilkosz poleca w imieniu zebranych ułożenie statutu Doc. Marsowi. — Przystąpiono do wyboru i wybrano: przewodniczącym: Prof Maurycego Madurowicza; zastępcą tegoż: Dra Henryka Jordana; sekretarzem: Dra A. Marsa; kasyjerem: Dra M. Kohna.

II. Posiedzenie z dnia 5 listopada 1889.

Przewodniczący prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 9-ciu.

Po odczytaniu protokółu I. posiedzenia przystąpiono:

1) do określenia stosunku towarzystwa do towarzystwa lekarskiego. — W dyskusyi zabierali głos: Doc. Mars, Jordan i Kohn i uchwalono: aby Towarzystwo ginekologiczne było Towarzystwem odrębnem z własnym statutem, ale nieprzeszkadzało członkom należeć do obu Towarzystw i miewać w nich odczyty; nadto, przewodniczący ma oświadczyć Towarzystwu lekarskiemu, że założone Towarzystwo ginekologiczne nie stoi w sprzeczności z celem i zasadami Towarzystwa lekarskiego.

2) Doc. Mars radzi, aby za porozumieniem się przewodniczącego z redaktorem, „Przeglądu Lekarskiego" umieszczać krótkie sprawozdanie z posiedzeń Towarzystwa w „Przeglądzie", sprawozdania zaś obszerniejsze wydawać w odrębnym pamiętniku.

3) Przedłożony przez Dra Marsa projekt statutu uchwalono wydrukować w kilku egzemplarzach, rozdać między członków do przejrzenia i przystąpić do debaty nad statutem na przyszłem posiedzeniu.

III. Posiedzenie z 11 listopada 1889.

Przewodniczący prof. Madurowicz. Obecnych członków 6.

Po odczytaniu protokółu z II. posiedzenia zdaje sprawę prof. Madurowicz z rozmowy z Drem Paszkowskim, prezesem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, który nic nie ma przeciw założeniu Towarzystwa ginekologicznego, nadto nadmienia, że redaktor „Przeglądu" w tymże umieszczać będzie protokóły i prace Towarzystwa. Obaj proszą o oficyjalne zawiadomienie na posiedzeniu najbliższem Towarzystwa lekarskiego i redakcyi „Przeglądu" o założeniu Towarzystwa ginekologicznego.

Doc. Dr. Mars przedstawił aparat Skutscha zmodyfikowany przez siebie do wyparzania narzędzi przed operacyją, który zebranie uznało za prosty i praktyczny.

Wreszcie przystąpiono do debaty nad statutem przedłożonym w projekcie przez Doc. Marsa, z powodu zaś spóźnionéj pory odłożono resztę debat do następnego posiedzenia.

Dr. Braun Stanisław sekretarz.

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Dr. Seifert, Würzburg. **Mikokoki w influenzy.**

W r. 1883 podczas słabéj epidemii influenzy w Würzburgu badał S. śluz z nosa i plwociny chorych na drobnoustroje w nich zawarte. We wszystkich przypadkach plwociny były w okresie gorączki czysto śluzowe, szkliste i lepkie, z ustaniem takowéj przybierały więcéj charakter ropny. Badanie uskuteczniał w następujący sposób: Cząsteczki śluzu rozpościerał między dwoma szkiełkami, suszył nad lampką spirytusową i na godzinę do roztworu z metylwioletu sporządzonego kładł. Po wymyciu alkoholem zaprawiał je jeszcze balsamem kanadyjskim. Śluz przedstawiał się pod mikroskopem w kształcie cienkich włókien, komórek zaś ropnych bardzo mała ilość. Wśród włókien jakoteż w nich samych, znajdowała się znaczna ilość 1.50—2.0 m. długich a 1.0 m. szerokich koków. (Powiększenie 350). Połączone zazwyczaj w dłuższe łańcuchy, czasem szły w parze (*Diplococci*), często zaś pojedyńczo (*Monococci*). Nieliczne ciałka ropowe są zupełnie od nich wolne. Wraz z Drem Müllerem, asystentem Gerhardta, postanowili 1) badać wszystkie wydzieliny dróg oddechowych na influenzę cierpiących, 2) w celach kontroli badać także śluz i plwociny chorych, 3) we krwi szukać mikrokoków, 4) próbować szczepić zwierzęta. Wyniki okazały: Ad. 1) Barwienie i teraz udawało się najlepiéj metylwioletem, gorzéj fuksyną. Powyż opisany obraz zawsze się dokładnie przedstawiał. Im późniejszy był okres choroby, t. j. im plwociny były bardziéj ropne, tem mniéj koków napotykano. Ad. 2). U zdrowych lub cierpiących na nieżyt dróg oddechowych z innych przyczyn koków nie było. Ad. 3 i 4). Badanie krwi jakoteż szczepienie królików śluzem dało ujemny wynik. (*Wr. med. Blätter 1889 Nr. 52*). *Dr. Mendelsburg.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 30 stycznia. Na ostatniem posiedzeniu Tow. lek. krak. zostali wybrani koll. Skibniewski, Smorągiewicz i Rosenblüht.

* Na ostatniem swem posiedzeniu Wydział lekarski zamianował dotychczasowego demonstratora przy katedrze farmakologii Dra Jana Wojtaszka asystentem przy tejże katedrze na 2 lata, a Dra Adolfa Becka asystentem przy katedrze fizyjologii również na 2 lata.

* Zwracamy uwagę Szan. kolegów, że posiedzenia Tow. lekarskiego odtąd odbywać się będą w klinice chorób wewnętrznych w sali wykładowéj dawnéj kliniki chirurgicznéj.

* W Zagrzebiu dn. 14 b. m. obchodzono uroczyście 70-te urodziny zasłużonego protomedyka chorwacko-sławońskiego Dra Józefa Kallivody Falkensteinskiego.

* **Warszawa**. Inspektorem szpitali cywilnych po zmarłym prof. Walterze mianowany został Dr. Czausow, profesor anatomii opisowej i dziekan Wydziału lekarskiego.

* **Odznaczenie.** Prof. Hoyer w Warszawie otrzymał order św. Stanisława I klasy.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Lizbona.** Na nowo otworzoną katedrę okulistyki powołany został Dr. Pinto da Gama, asystent prof. Beckera w Heidelbergu. — **Warszawa.** Wykłady patologii objął prof. Tumas, wskutek czego katedra farmakologii zrstała opróżnioną. Wykład anatomii patologicznéj wskutek zasłabnięcia prof. Brodowskiego objął zastępczo prosektor Dr. Przewóski. — **Tomsk.** Prof. fizyjologii radzca dworu Dr. Weliki mianowany został zastępcą rektora. — **Petersburg.** Dr. Delicyn habilitował się jako docent prywatny anatomii.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Franciszek Michalik osiadł jako lekarz domowy szkoły rolniczéj w Czernichowie (powiat krakowski). Dr. Arnold Richter osiadł jako lekarz praktyczny w Potoku złotym (powiat Buczacz). Dr. Jakób Bloch osiadł jako miejski lekarz w Toporowie (powiat Brody). Dr. Julijan Trzaskowski zamieszkał jako lekarz prakt. w Jarosławiu.

* **Zmarli.** W Warszawie: Dr. Józef Nowicki, lekarz prakt. w gub. Płockiéj i Dr. F. Kobylański, naczelny lekarz szpitala Dzieciątka Jezus; w Osieku (w Sławonii) Dr. Emanuel Munk, starszy lekarz sztabowy w 69 roku życia; w Heidelbergu wysłużony profesor anatomii i fizyjologii Dr. Fryderyk Arnold, ojciec profesora anatomii patologicznéj (urodzony w r. 1803, młodszy brat anatoma Jana Wilhelma A., mianowany został w r. 1840 profesorem anatomii i fizyjologii w Fryburgu, potem w Tübindze, a wreszcie w Heidelbergu, a w r. 1873 przeszedł w stan spoczynku); w Warszawie prof. patologii i terapii szczegółowéj Łapczyński.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 1: Biernackiego: Przypadek hystero-neurastenii u mężczyzny; w *Gazecie Lekarsk.* Nr. 4: Jasińskiego: Balsam peruwijański w leczeniu gruźlicy miejscowéj; Elsenberga: *Xeroderma pigmentosum* (dok.); Herynga: O wynikach chirurg. leczenia suchot krtani (c. d.); — w *Medycynie* Nr. 4: Radziszewskiego: Przyczynek do chirurgii tężca reumatycznego (dokończenie).

Sprostowanie. W Nrze 3 na str. 36. figura 11 w rozprawie prof. Feigla umieszczoną została przez omyłkę w kierunku odwrotnym.— W Nrze 4, na str. 63 mylnie podano, że Dr. Czapliński jest asystentem przy katedrze fizyjologii; jest on bowiem elewem przy klinice położniczo-ginekologicznéj. — W Nrze 4, str. 50, szp. 1. w. 23 od dołu zamiast „trwającego" ma być trującego.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dn. 5 bm. o godzinie 6 po poł. **w gmachu kliniki chorób wewnętrznych w dawnéj sali wykładowéj kliniki chirurgicznéj** posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. Rydygier okaże przypadek po resekcyi stawu skokowego metodą Hütera. 2) kol. Browicz okaże przypadek zniekształtnienia klatki piersiowéj wskutek włókniaków. 3) kol. Surzycki: o sokotoku żołądkowym z demonstracyją. 4) kol. Gluziński: spostrzeżenia nad influenzą.

Posiedzenie **Towarzystwa ginekologicznego** w Krakowie odbędzie się 4 go lutego we wtorek o 6 godzinie wieczorem w pracowni Dra Marsa z następującym porządkiem dziennym: 1) sprawy bieżące; 2) Dr. S. Braun opisze: „Przypadek laparotomii z powodu pęknięcia macicy."

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 8 Lutego 1890. Nr. 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. O wpływie grypy epidemicznéj na oko.

Podał
Dr. Bol. Wicherkiewicz w Poznaniu.

Wobec najróżnorodniejszych objawów, jakie grypa sama przez się w ustroju naszym wywołuje z jednéj strony, a ogólnego zajęcia, jakie choroba ta budzi z drugiéj strony, cóż dziwnego, że czynimy ją odpowiedzialną za objawy chorobowe, z któremi ona nie ma nic wspólnego, które są przydatkiem wywołanym inną okolicznością, lub nawet środkami przeciw grypie w zbytniéj może wziętemi ilości.

Nie ulega wątpliwości, że grypa epidemiczna wywołana jakimś nieznanym dotychczas przyrzutem, rozwijającym się przedewszystkiem na błonach śluzowych, najprzystępniejsze znajduje pole na błonie śluzowéj nosa, gardła i płuc, dokąd przez sprawę oddechu mechanicznie z powietrzem wciąganą bywa. To też do najpierwszych i najczęstszych objawów zaliczamy nieżyt nosa, zapalenie kataralne gardła, krtani, a w dalszem następstwie i oskrzeli. Zarazek dostawszy się raz do organizmu i przeszedłszy w obieg krwi może w innych narządach najodleglejszych rozwijać się i rozmaite wywołać zaburzenia.

Trudno atoli przypuścić, aby wszelkie chorobowe objawy występujące w czasie obecnéj pandemii od tejże były zależne. Niejedne cierpienia, przypisywane skutkom grypy, występowały i bez niéj w tym samym obrazie i z tem samem natężeniem.

Jak z jednéj strony atoli wypada nam wystrzegać się „dopatrywania się“ nie istniejących powikłań, tak z drugiéj strony trudno zaprzeczyć, iż grypowy zarazek, jak to wyżéj napomknęliśmy, dostawszy się do ustroju w rozmaitych tegoż narządach pewne wywołuje objawy z właściwemi sobie znamionami.

Pozostawiając ocenę tego wpływu na poszczególne organa innym kolegom, pragnąłbym na własnem opierając się doświadczeniu zaznaczyć, o ile oko tym wpływom ulega.

Podobnie jak dawniéj Zuelzer, tak też w czasie obecnéj epidemii Dr. Bezly Thorne w *The Lancet* z d. 4 stycznia r. b. podnosi, iż błona spojowa oka wcześnie ulega wpływom influenzy. Na zapatrywanie to żadną miarą zgodzić się nie mogę. Nie uważałem bowiem bynajmniéj ani, aby w czasie epidemii grypy zajęcia spojówki częściéj zachodziły, ani też, aby się szczególnem znamieniem odznaczały. Że zarazek na błonie spojówkowéj mniéj żyzne znajduje pole, przypisywałbym téj okoliczności, iż właśnie oko przynajmniéj raz dziennie, umywając twarz, oczyszczamy z osadzających się tamże drobnoustrojów.

Że w okresie gorączkowym przy silnie podniesionéj działalności serca spojówki bywają przekrwione, że powstaje światłowstręt, ból przy akomodacyi i ból oczodołowy, to już są skutki wtórorzędne większego napływu i szybszego obiegu krwi do tego narządu, ale nie ma, zdaniem mojem, nic wspólnego z wpływem zarazka na oko. Natomiast występują w bezpośredniem następstwie influenzy cierpienia oczne, których związku z tąż chorobą zaprzeczyć nie można, a które odznaczają się pewną odrębnością.

I tak w czasie panującéj u nas epidemii trzy razy spotkałem się z zapaleniem tkanki przytwardówkowéj (*episcleritis*) z przeważnie występującem nabrzmieniem i silnem przekrwieniem przylegającéj fałdy półksiężycowéj, jako też i mięska. Zapalenie to, poprzedzone przez influenzę na kilka dni, albo występujące równocześnie, sprawia choremu dość znaczne ciśnienie, łzawienie, ale na wzrok nie wywiera żadnego wpływu. Znika powoli pod wpływem leczenia zwróconego wprost przeciwko grypie.

Tylko w jednym przypadku dotyczącym 21-letniéj służącéj, która mimo influenzy z charakterem przeważnie nerwowym i lekko podniesioną gorączką zajęcia swojego nie opuszczała, objawy oczne były silniejsze, polegały na kurczu powiek, łzawieniu silnem i dotkliwym bólu tak samoistnym, jako też przy dotykaniu. Gorączka przytem dłużéj się utrzymywała.

Choroba ta występowała w wszystkich tych przypadkach po jednéj tylko stronie.

W drugim rzędzie spotykałem się kilka razy z bardzo silną nerwicą nerwów nad i podoczodołowych, które odzna-

czały się nadzwyczajną odpornością przeciw wypróbowanym zkądinąd w tem cierpieniu środkom, jako to: chininie, antipyrynie i fenacetynie; zastrzykiwania antipyrynowe łagodziły wprawdzie chwilowo ból, ale sprawiały długo trwającą bolesność w miejscu zastrzyknięcia, nie wywierając na nerwicę samą żadnego doniosłego wpływu. Najwięcéj natomiast wpływały w początkach korzystnie środki napotne, a późniéj miejscowa hydropatyczna, starannie założona opaska.

Nerwice te występowały zwykle tylko po jednéj stronie. W jednym atoli przypadku u 19-letniéj panny, która w dzień św. Sylwestra zapadła na influenzę z bardzo silną gorączką (o 40·5° przeszło stopniach) z objawami wyłącznie nerwowemi, równocześnie powstał ból nad- i podoczodołowego nerwu po obu stronach. Ból ten trwał aż do chwili, gdy chora przedstawiła mi się po raz pierwszy dnia 1 lutego b. r. Skarżyła się także na osłabienie wzroku, niemożność dłuższego czytania lub w ogóle zajmowania się w bliskości, a badając wzrok stwierdziłem lekkie porażenie akomodacyi.

Zdarzają się i ropnie niektórych tkanek ocznych w towarzystwie lub następstwie grypy:

I tak u dziewczyny 15-letniéj zauważyłem ogromnych rozmiarów ropień górnéj powieki. Chora zapadła na influenzę z silną bardzo gorączką, z objawami kataralnemi i już od pierwszego dnia zachorzenia doznała niedogodności ocznych coraz więcéj się wzmagających, które w przeciągu tygodnia doprowadziły do ropnia tak silnego, iż w chwili pojawienia się choréj w poliklinice cała górna powieka była mocno naprężoną, czerwoną i opuszczoną, a tylko za pomocą rozwórki powiekowéj udało się ją nieco od dolnéj powieki, którą w znacznéj części pokrywała, odsunąć.

Stanowcze zaprzeczenie urazu, nieobecność objawów innego zakażenia krwi, a równocześnie wystąpienie choroby oka z objawami gorączkowemi grypy przemawia zdaniem naszem stanowczo za związkiem ropnia z grypą. Silne nacięcie usunęło bardzo znaczną ilość dość gęstéj, żółto zielonkowatéj niecuchnącéj ropy, a odkażające zaopatrywanie rany i ciepłe okłady usunęły w krótkim czasie następstwa miejscowego cierpienia, lubo osłabienie po grypie jeszcze długo pozostało.

W przeciwstawieniu do tego przypadku, w którym prawie równocześnie gorączkowe objawy grypy epidemicznéj wystąpiły z cierpieniem ocznem, spostrzegłem inny, gdzie objawy grypy kataralno-nerwowe poprzedzały cierpienie oczne (a chodziło tu o ropień oczodołowy) 2 tygodnie wprzódy.

Mężczyzna 67-letni, silnie zresztą zbudowany, dostał już w drugiéj połowie grudnia z. r.[1]) wśród lekkich dreszczy i ogólnego osłabienia silnych boleści głowy i jak się zdaje, prawego nerwu nadoczodołowego. Lekarz domowy przepisał proszki antipyrynowe, po których główne objawy znikły, pozostało tylko nieprzyjemne w oku ciśnienie. Na początku stycznia b. r. wystąpiła u chorego czerwoność oka w zewnętrznym kąciku, a dnia 17 stycznia przedstawił mi się pierwszy raz: Znalazłem powieki prawego oka znacznie obrzmiałe, mianowicie przy zewnętrznym kąciku, a spojówka tak gałki jak powiek także przy zewnętrznym kąciku najwięcéj przekrwioną. Nadto wystąpiło w tym kącie znaczne spojówki wypuklenie, najwyższym punktem zwrócone ku gałce, a przy omacywaniu można było wyczuć w oczodole przy saméj kości jarzmowéj (*os zygomaticum*) powyżéj szpary oczodołowéj dolnéj (*fissura orbitalis inferior*) nabrzmienie chełbocące wielkości orzecha laskowego.

Nożem Graefoskim zrobiłem przez skórne powłoki nakłócie poniżéj więzadła zewnętrznego kąta ocznego (*ligamentum canti externum*), wypuściłem kilkanaście kropel najprzód żółtego surowiczego, przeźroczystego płynu, potem niece żółtéj, a w końcu z krwią zmięszanéj ropy. Zgłębnikiem wyczułem obnażoną w części kość oczodołową. Leczenie ścisłe według zasad nowszéj chirurgii przeprowadzone z założeniem drenu doprowadziło w krótkim czasie do zupełnego zagojenia się téj sprawy zapalnéj. W końcu zauważyć winienem, że w czasie trwania epidemii uderza mnie często pojawienie się zapaleń pryszczykowych tak spojówki jako też rogówki nie tylko u dzieci, ale także u dorosłych. Czy atoli to zapalenie stoi w przyczynowym jakim związku z grypą, nie śmiałbym stanowczo orzec.

Prócz powyżéj przytoczonych przypadków, które zresztą jak mnie doświadczenie pouczyło, nie dają złego rokowania, nie spostrzegłem żadnych innych powikłań ocznych, za którebym wyłącznie zarazek grypy śmiał czynić odpowiedzialnym; nawet wynaczynienia spojówki, które np. przy krztuścu tak często się zdarzają, nie spostrzegłem w tym czasie wcale, mimo, że w influenzy dość znaczna istnieje skłonność do wynaczynień, za czem przemawiają przeważnie hemoragiczne zapalenia ucha środkowego, a nawet i często występujące krwotoki z ucha, nosa, nie rzadko także z macicy.

Nad leczeniem grypy nie mam powodu tutaj rozwodzić się, ale trudno mi wstrzymać się od położenia nacisku na to, iż w pierwszéj linii starać się powinniśmy przez środki napotne, pomiędzy któremi salicylan sodowy na pierwszem stoi miejscu, jako też przez środki przeczyszczające zarazki co prędzéj z organizmu usunąć. Następnie dopiero po ustąpieniu gorączki winem i dobrem posileniem wzmacniać trzeba chorego. Podawanie z góry t. zw. antipyretycznych środków niejednokrotnie z chorobą i organizm częściowo lub całkowicie zabija. Zupełnie zaś przewrotną rzeczą być się mi zdaje, temiż środkami chcieć grypie zapobiedz.

Naszem zdaniem leczenie zapobiegające grypie polegać powinno na uregulowaniu sposobu życia, unikaniu naziębień i kilkorazowem przeplukiwaniu lekkiemi odkażającemi środkami gardła i nosa, a w razie jakiejś niedogodności ocznéj także i ócz.

[1]) Wtenczas to pierwsze u nas przypadki grypy się pojawiły.

II. Z oddziału położniczo-ginekologicznego prof. Dra Madurowicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Sprawozdanie za rok 1887.

Podał
Dr. W. Harajewicz,
sekundaryjusz tego oddziału.

Przystępując do sprawozdania z ruchu chorych i czynności lekarskich, wykonywanych na oddziale położniczo-gi nekologicznym szpitala św. Łazarza w Krakowie, nie mogę tego pominąć, aby na początku nie zaznaczyć chociaż po krótce warunków, w jakich oddział do ostatnich czasów się znajdował, tak pod względem hygienicznym, jako też i frekwencyi chorych.

Warunki hygieniczne przy zwiększającym się rokrocznie napływie chorych, a stanowiących w dzisiejszym stanie nauki i wiadomości lekarskich najważniejszy prawie czynnik w wynikach pielęgnowania i leczenia chorych są na wspomnianym oddziale zaledwie możebnemi.

Oddział cały rozporządza miejscem na 25 łóżek. Umieszczonym jest w gmachu starym, poklasztornym, a składa się z 7 pokoików sklepionych, niskich, umieszczonych wzdłuż je-

dnego korytarza, zkąd drzwi do każdego pokoiku z osobna prowadzą.

Pokoiki te zaś są dwojakie, jedne pojedyncze na dwa łóżka w liczbie trzy, drugie podwójne. t. j. przegrodzone niecałą ścianą w liczbie 4, a do których zaledwie pięć łóżek postawić można. W jednéj z tych izdebek, z których żadna nie przenosi 3½ metrów długości, 3¼ szerokości, a 3½ wysokości, mieści się salka porodowa o 2 łóżkach, a w drugiéj podwójnéj kancelaryja wraz z salką operacyjną. Ta ostatnia jest tak szczupłych rozmiarów, że obok stołu operacyjnego równocześnie i do badania przeznaczonego, jako też koniecznych utensilijów do operacyi zaledwie 3 lub 4 osoby do asystencyi niezbędne pomieścić się mogą, pozbawione powietrza i swobodnych ruchów.

Największa wreszcie sala jest na 6 łóżek, dla położnic specyjalnie przeznaczona.

Do tego oddziału dodano dopiero w r. 1889 na użytek chorych dawną salę mamek, w której mieści się 12 do 15 kobiet wraz z oseskami. Jest ona wprawdzie obszerna, wysoka i sklepiona, ma jednak tę stronę ujemną, że nie posiada tak, jak inne sale, żadnéj sztucznéj wentylacyi i że nieraz po zapaleniu w piecu, jeżeli niepomyślnym jest kierunek wiatru, napełnia się cała dymem. To samo tyczy się pokoju na 4 łóżka, za tą salą umieszczonego.

Wszystkie te ubikacyje, gdzie podłogi stare, z miękkiego drzewa, mają liczne szpary i dziury, gdzie ściany jako bielone tylko nie mogą częstemu podlegać czyszczeniu, gdyż przez cały rok szczelnie prawie choremi są napełnione, przedstawiają wielką trudność w przeprowadzeniu ścisłéj czystości, usilnym jednak i ciągłym staraniom ustępującą. Jednéj tylko ujemnéj strony mimo wszelkich wysileń zwalczyć nie można, a tą jest kolosalna mnogość pluskiew w starym gmachu, w podłogach i szparach zagnieżdzonych, a plagę oddziału stanowiących.

Pojąć zatem nie trudno, że w podobnych warunkach dozór nad choremi i pielęgnacyja ich staje się istotnie probierczym kamieniem usiłowań przełożonych, a wytrwałości i chęci służby. Ta ostatnia składa się z jednéj akuszerki i trzech posługaczek. Jedna z posługaczek przeznaczona jest wyłącznie do pielęgnowania i obsługiwania rodzących i położnic, dwie zaś inne częścią do posługi chorych ginekologicznych, częścią do pomocy w uporządkowaniu sal i korytarza. Jeżeli tedy jedna z nich jest zajętą podczas porodu lub operacyi, to na dwóch tylko spoczywa obowiązek opieki i pilnowania reszty chorych, co rzecz naturalna, łatwem za daniem nie jest

Nie byłoby więc dziwną rzeczą, gdyby rezultaty z pielęgnowania i leczenia kobiet na tym oddziale pomocy i przytułku szukających nie dorównywały rezultatom innych zakładów, mających do rozporządzenia i odpowiedne umieszczenie i fundusze własne znaczne i ofiarność publiczną. Oddział jednak nasz w dzisiejszym stanie rzeczy, chociaż za wzór elegancyi w urządzeniu służyć nie może, to przecież dzięki usilnym staraniom utrzymania porządku, mimo swych ujemnych stron, po zwalczeniu wielu trudności może się poszczycić wcale dobremi rezultatami.

Ruch ciężarnych, położnic i chorych ginekologicznych od czasu objęcia przezemnie czynności sekundaryjusza na tym oddziale, t. j. od września 1886 r., przedstawia się jak następuje:

Rok 1886. Od 1/9 do 31/12 1886. Z miesięcy poprzednich pozostało kobiet brzemiennych 16, do końca roku przybyło 81, było zatem razem 97. Z téj liczby opuściły zakład dwie, jedna wypisana na własne żądanie, druga przeniesiona na oddział chor. syf. w 8 miesiącu ciąży z powodu *syphilis secundaria*, pod postacią licznych kłykcin sączących na międzykroczu i koło otworu stolcowego umieszczonych.

Z pozostałych brzemiennych urodziło 80, z tych zaś prawidłowo 74, nieprawidłowo 6. A mianowicie 2, z których jedna urodziła płód zmacerowany przedwcześnie w 8 mies. ciąży z powodu zwyrodnienia tłuszczowego łożyska, u drugiéj zaś, która miała pierwszy długo trwający poród, a płód położ. czasz. I. nastąpiło nadpęknięcie części pochwowéj, na sklepienie lewe przechodzące z następowem zapaleniem tkanki macicznéj, naprzód po stronie lewéj, późniéj i po stronie prawéj, do którego wreszcie przyłączyło się i ogólne zapalenie otrzewnéj. Chora ta leżała na od. położniczym od 27/9 do 20/12 1886, w którym to dniu w stanie dobrym do domu wyszła z bliznowatem tylko stwardnieniem w sklepieniu lewem i przesunięciem ku téj stronie części pochw.

4 dalsze nieprawidłowe porody ukończonemi zostały przez operacyje.

2 razy kleszcze: raz u pierwiastki, położenie czaszk. I i niskie ustawienie główki z powodu słabych bólów i tworzącego się szybko przedgłowia. U choréj téj w następstwie *atonia uteri* przez dni 8 trwał dosyć silny krwotok, do czego przyłączyło się w 5 dniu zapalenie macicy i błony śluzowéj tejże, z bolesnością organu i brudnemi odchodami. Położnica w 3 tygodnie opuściła zakład zupełnie zdrowa.

Drugi raz kleszcze założono u drugi raz rodzącéj ze zwężeniem miednicy I stop., położeniem czaszk. II i wysokiem ustawieniem główki. Nastąpiła przytem „*Fissura cervicis uteri et laquearis vag. dex.*" z miernem krwawieniem i następowem zapaleniem tkanki omacicznéj po stronie prawéj i wysiękiem zapalnym tamże. Operowana opuściła w 14 dni zakład zupełnie zdrowa.

W pierwszym przypadku kleszczowego porodu płód wyszedł zdrowy, w drugim urodził się nieżywym.

Dwie drugiego rodzaju operacyje były obroty na nóżki, jeden u wieloródki z położenia skośnego II, obok małego ścieśnienia miednicy, drugi również u wieloródki, przywiezionéj z pęknięciem macicy wskróś po stronie lewéj, idącem wzdłuż od ujścia wewn. ku górze, na długości 12 centimetr. W pierwszym przypadku matka i dziecko wyszły zdrowe, w drugim płód przyszedł na świat nieżywy, a matka umarła w parę godzin.

Na 74 porodów prawidłowych było połogów prawidłowych 52, nieprawidłowych zaś 22. Z tychże zaburzenia powstałe w narządzie rodnym spostrzegałem 16 razy, z 6 zaś pozostałych przyczyną zaburzenia połogu była w 5 przypadkach zimnica, w 1 zaś suchoty.

Z położnic wszystkich opuściło szpital zdrowych 79. Na oddziały inne przeniesiono 2, a mianowicie: 1) na oddział chorób wewn. z powodu *phthis. pulmonum*, 2) na od. chorób syfil. z powodu *Condyl. accuminata e blenorrh. vag.*

Ponieważ zaś z sierpnia 1886 r. pozostało położnic 9, z których jedna we wrześniu umarła z powodu *Endometritis puerper. septica* po obrocie na nóżki i ręcznem wydobyciu płodu, przeto na rok następny pozostało położnic 11. W liczbie téj umieścić należy 3 położnice, które poród na świecie odbyły.

Dzieci w czasie tym przybyło żywych 76, t. j. 41 chłopców, a 35 dziewcząt, nieżywych zaś 4, t. j. 1 chłopiec i 3 dziewczęta. Umarło 4 chł. i 5 dziew., wyszło z matkami 33 chł. i 26 dziew. Pozostało zatem na rok następny 4 chłopców i 4 dziewczęta.

Reasumując teraz liczby powyżéj przytoczone widzimy, że wszystkich nieprawidłowych połogów było 31·5%. Odliczyć jednak należy z tego 6 przypadków, w których zmiany chorobowe w innych narządach, a nie w rodnym umiejscowionemi były, a otrzymamy 23·1%

Na oddziale ginekolog. pozostały z sierpnia 1886 r. 2 chore, przybyło do końca tegoż roku 23, razem tedy było leczonych 25. Z tych wyszło zdrowych 7, z polepszeniem 6, jedna umarła. Pozostało na rok następny 11.

Wielka stosunkowo liczba chorych opuszczających szpital z polepszeniem stanu zdrowia dziwić nie będzie, gdyż odnosi się do chorych następujących:

2 przypadki raka macicy tak daleko posuniętego, że operacyja miała na celu tylko usunięcie na razie silnych bólów lub krwotoku.

2 przypadki wysięków omacicznych starych, w których już żadne środki skonsolidowanéj tkanki do wessania doprowadzić nie mogły i

1 przypadek przetoki pęcherzowo-pochwowej, która trudna do operowania przy braku miejsca i asystencyi z polepszeniem tylko z zakładu wypisaną została.

Przypadek śmierci wydarzył się u choréj dotkniętéj bar-

dzo znacznie rozwiniętym rakiem macicy i jéj otoczenia, a chora przybyła na oddział już w stanie nie budzącym wątpliwości co do zakończenia sprawy.

Sprawozdanie z tych 4 mies. 1886 r. tylko statystyczne obejmuje daty, aby uwagi do większego materyjału zastosować.

Rok 1887.

Z roku ubiegłego pozostało ciężarnych 11, położnic 10.

W r. 1887 przybyło brzemiennych 242. Z tych do kliniki położniczéj częścią przeniesiono, częścią na własne żądanie wypisano 8, urodziło zaś w zakładzie 239, pozostało zatem na rok następny 6.

Do położnic wyżéj wymienionych dodać jeszcze trzeba 25 po porodach poza szpitalem odbytych.

Z liczby 239 zakładowych porodów było prawidłowych 201, poronień 9, z tych 2 habitualne w 5 mies. ciąży, przedwczesnych porodów 7, z których dzieci albo poumierały (5), albo nieżywe na świat przybyły (2).

Porodów nieprawidłowych w normalnym końcu ciąży było 22, z tych 6 powolnych; jeden dla słabych bólów u wieloródki, 5 dla ścieśnienia miednicy I stop. (1 wieloródka, 3 pierwiastki).

Porodów ukończonych operacyją odbyło się 16. Wykonano:

1. Kleszcze same w nisk. ust. główki 7 } 6 razy z powodu niestos. porod.
2. Kleszcze same w wys. ust. główki 2 }
3. Kleszcze (wys.) z nast. wyjęciem łożyska 1 } 4 razy dla słabych bólów.
4. Wymóżdżenie 2 razy obok ścieśnienia miednicy II. st. i ustalenia główki.
5. Wydobycie ręczne płodu 2 razy z powodu grożącéj śmierci płodu.
6. Wydobycie ręczne łożyska 2 razy z powodu krwotoku (2 razy po poronieniu).
7. Obrót z położenia skoś. II 1 raz.

Połogów normalnych po wszystkich porodach było 229, nieprawidłowych 36, zatem względnie do liczby wszystkich połogów odsetka ogólna wynosi mniéj lub więcéj 16·5%. Od tego odliczyć jednak należy połogi, których przebieg zakłóconym został przez zmiany chorobowe, z narządem rodnym związku nie mające w liczbie 14, to odsetka połogów zmianami chorobowemi części rodnych skomplikowanych wyniesie zaledwie 9·6%.

Do nieprawidłowych połogów nie zaliczam tych przypadków, w których chwilowe podniesienie ciepłoty, lub zakłócenie ogólnego dobrego stanu wywołanem zostało zaburzeniem w przewodzie pokarmowym skutkiem błędów dyjetetycznych, albo też krótko trwającą gorączką z nagromadzenia zbytniego pokarmu w sutkach.

Z wszystkich położnic opuściło zakład zdrowych 255, t. j. 93% — + przeniesiono na inne oddziały 5, umarło 4, czyli 1·47%.

Z przeniesionych na inne oddziały poszło na oddział chor. wewnętrznych 3: t. j. 1) *Erysipelas faciei*, 2) *Psoitis*, 3) *Inanitio post vomitum gravid.* trwającem przez 5 mies.; na oddział chorób syfil. 2: t. j 1) *Lues secundaria*, 2) *Condylomata accuminata e vaginitide blenorrh.*

Po porodach nieprawidłowych 36, odliczywszy 4 przypadki śmiercią zakończone, było połogów nieprawidłowych 6, czyli 17·5%, z tego ze zmianami w narządzie rodnym 4, 11·15%, że zmianami w innych narządach 2, 6·5%.

Względnie do porodów 16 operacyjami zakończonych było połogów nieprawidłowych 5, t. j. 31·2%. Z tych: ze zmianami w częściach rodnych 3, t. j. 18·7%, ze zmianami w innych narządach 2, t. j. 12·5%. Z operowanych umarła jedna, czyli 6·2%. Zmian chorobowych, odnoszących się do części rodnych było 22, t. j 1) *Peri et parametritis squ. exsudato* 6 — dwa z tych przypadków połączone były z wrzodem po pęknięciu bł. śluz. na tylnéj ścianie pochwy. 2) *Endometritis puerpuralis squ. perimetritide* 6. Z tego 2 razy po operacyjach kleszczowych z następowem wyjęciem łożyska, raz po wymóżdżeniu. 3) *Atonia uteri* 5 razy, z tego raz po porodzie bliźniaczym ukończonym kleszczami, a raz obrotem. 4) *Subinvolutio uteri* 4 razy.

Krwotok w połogu wydarzył się 2 razy, w każdym zaś skutkiem wolnego i niedostatecznego zwijania się macicy. W jednym przypadku trwał 10 dni, w drugim 14 i po podawaniu *Extractum secalis cornuti in dosi refr.* ustąpił, a położnice zdrowe w przeciągu 3 tygodni zakład opuściły.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. O plantacyi zębów.

(Odczyt miany na zwycz. posiedz. Tow. lek. krak. d. 6 list. 1889).

Podał

Dr. Kazimierz Szymkiewicz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 5).

Nowo powstała tak korzeniowa, jak i zębodołowa okostna, przyczynia się ze swéj strony do wytwarzania świeżych pokładów kostnych na ścianach zębodołu, do czego w wysokim stopniu są także pomocne rozszerzone kanaliki Haversa, którémi następuje połączenie naczyniowe dziąseł, kości i świeżo wytworzonéj okostnéj. Tym sposobem ma się odbywać utrwalenie replantowanego zęba w swojem miejscu, a warunkiem do powodzenia téj operacyi jest nienaruszona całość okostnéj korzenie powlekającéj. Jeżeli zaś w jakiem miejscu błona ta jest uszkodzoną tak, iż odsłonięty został cement, natenczas tutaj przychodzi do resorbcyi istoty zębowéj, w postaci lakun Howshipa, wypełnionych komórkami olbrzymiemi, t. zw. osteoklasty. W zagłębienia te, drążące niekiedy aż do jamy pulpy, wpukla się z początku embryjonalna, a późniéj kostniejąca okostna zębodołowa. Ponieważ uszkodzeniu takiemu prawie zawsze okostna, pokrywająca koniec korzenia, ulega, przeto w tem miejscu resorbcyja istoty zębowéj, a oppozycyja istoty kostnéj do największych dochodzi rozmiarów. Mimo to jednak ząb może jeszcze silnie być osadzony, albowiem nowowytworzone połączenia w okolicy szyjki trzymają go w swojem miejscu. Ponieważ w przypadkach dokonanéj przezemnie replantacyi u ludzi pulpa już na długi czas przed ekstrakcyją zęba zupełnemu obumarciu uległa, a jama jéj wraz z kanalikami korzeni musiała być dokładnie zdesinfekcyjonowaną i szczelnie zaplombowaną, ażeby uchronić zębodół od zakażenia, przeto w takich razach pulpa przestaje wchodzić w rachubę jako organ, z którym przy replantacyi liczyć się należy. Nie od rzeczy będzie jednak przy tej sposobności przytoczyć rezultaty Fredla o zachowaniu się pulpy w nowych warunkach jéj istnienia. Otóż pokazało się, iż takowa ulega przeobrażeniu tłuszczowemu i następowemu zanikowi, podczas gdy nowo-wytworzona tkanka embryjonalna okazuje dążność do regeneracyi tego organu, wypuklając się w postaci brodawkowatych, licznemi naczyniami opatrzonych wyrostków we wszystkie te części korzenia, które poprzednio zresorbowane zostały. Najwyraźniéj występują te objawy na końcu korzeni. Naczynia krwionośne stanowią przedłużenie naczyń przebiegających kanalikami Hawersa z dna i ścian zębodołu, ale włókien nerwowych w téj nowo powstałéj tkance wykazać się nie dało. Jest więc prawdopodobnem, iż wobec otwartéj jamy pulpy, także na replantowanych zębach ludzkich następuje jéj odrodzenie, przynajmniéj co do naczyniowych składników.

Z podanych tutaj spostrzeżeń Fredla wysnuć można ten, żadną miarą nie dający się zaprzeczyć pewnik, iż replantowany ząb wchodzi w połączenie organiczne z zębodołem za pośrednictwem bardzo szybko powracającéj do życia okostnéj, która w warunkach pomyślnych, a mianowicie we własnym zębodole, za pomocą nowo wytworzonych naczyń

krwionośnych dostarcza komórkom kostnym cementu, a ztąd i innym składnikom zęba pierwiastków odżywczych, pomimo, iż najważniejsze źródło, z którego w stanie normalnym ząb swe odżywienie czerpie, t. j. pulpa przerwaną została.

Ażeby jednak okostna mogła spełnić to zadanie, musi jéj część powlekająca korzenie ochronioną być od wszelkiego uszkodzenia tak mechanicznego, jak i za pomocą środków żrących, inaczéj substancyja korzeni ulega w miejscach błony téj pozbawionych częstokroć na znacznej przestrzeni zanikowi, skutkiem czego, jak to ma zawsze miejsce w zębach mlecznych, pozostaje tylko korona, która z łatwością odpada. Pomyślne zatem rezultaty trwającego nawet przez kilkanaście lat osadzenia zęba, o których wspominają niektórzy autorowie, tłómaczyć sobie można tylko nienaruszoną całością okostnéj, w któréj bardzo szybko regenerujące się naczynia kompenzują przerwaną tętnicę zębodołową, idącą do pulpy.

Co do transplantacyi, operacyja ta obecnie rzadziéj jest stósowaną, dla tego też w krótkości tylko o niéj wspomnę.

Transplantacyja autoplastyczna, polegająca na przeszczepieniu świeżo wyjętego zęba do innego zębodołu u tego samego indywiduum, nie ma zupełnie racyi bytu, a to z tego powodu, iż adaptacyja korzenia do nowego zębodołu, pociągnęłaby za sobą znaczne uszkodzenie okostnéj, a tem samem niepomyślny obrót operacyi, przez co chory narażony jest na utratę zupełnie zdrowego zęba. Również i ze względów estetycznych operacyja ta nie jest wskazaną, albowiem każdy ząb odpowiednio do miejsca, które w szczęce zajmuje, ma ściśle oznaczony swój kształt anatomiczny, przemiana zatem taka w wysokim stopniu razićby musiała. Ważniejsze zastósowanie może mieć transplantacyja heteroplastyczna, naturalnie o tyle, o ile do niéj użyty jest ząb zdrowy, ze zdrowego indywiduum pochodzący. Operacyję tę wykonano w zeszłem stóleciu na rozległą skalę, a mianowicie za pewnem wynagrodzeniem kupowano od ludzi ubogich zęby zdrowe, ażeby niemi następnie przyozdabiać usta majętnych. Pominąwszy tę okoliczność, iż takie postępowanie dentysty mogłoby wejść w kolizyję z prawem, jako rozmyślnie wywołane uszkodzenie ciała, nie biorąc także w rachubę względów moralnych, operacyja ta nader rzadko zastósowaną być może, a to z powodu małych szans powodzenia, o czem powyżéj przy transplantacyi autoplastycznéj wspomniałem, głównie zaś ze względu na możliwość przeniesienia tą drogą z indywiduum chorego na zdrowe chorób zakaźnych, przedewszystkiem kiły.

Zaprzeczyć się jednak nie da, iż operacyję tę można zastósować, bez szkody dla tego, który traci całkiem zdrowego zęba, a z możliwą korzyścią dla indywiduum, które tegoż potrzebuje. W praktyce dentystycznéj zdarzają się dość często przypadki, w których jest się zmuszonym wyrywać całkiem zdrowe zęby, częścią, aby usunąć nieprawidłowe ich ustawienie zewnątrz lub wewnątrz arkady zębowéj, częścią dla przeprowadzenia regulacyi. W pierwszym razie usuwa się zwykle małe zęby sieczne, mimo że n. p. kły sterczą pod wargą albo wystają od podniebienia; w drugim zaś jeden z zębów dwuguzikowych albo też pierwszy trzonowy t. j. wogóle poświęca się te zęby, które mają najmniejszą trwałość i najczęściéj próchnicy podlegają. Zęby te, pochodzące zwykle od zupełnie zdrowych indywiduów, giną bezużytecznie, chociaż mogłyby przynajmniéj na kilka lat zupełnie dobre oddać przysługi innym. W dalszéj mojéj praktyce nie omieszkam z takich zębów odpowiedniéj wyciągnąć korzyści, naturalnie jeżeli indywiduum, do którego należą, nie będzie okazywać żadnych objawów choroby zakaźnéj.

Transplantacyja w przeciwieństwie do replantacyi ma tę niedogodność, iż korzeń zęba do transplantacyi przeznaczonego, musi być dopiero odpowiednio do nowych warunków, t. j. do nowego zębodołu modelowany, aby pod względem wielkości i formy zupełnie stał się podobnym do korzenia zepsutego zęba. Podczas takiego modelowania musi okostna doznać większego lub mniejszego uszkodzenia, co niekorzystnie wpłynie na konsolidacyję organiczną, jaka się odbywa przy nienaruszonéj, że sprawa resorbcyjna, połączona z regeneracyją kości na ścianach zębodołu, zatrzymuje się, doszedłszy pewnéj granicy, na jednem miejscu i daléj nie postępuje tak, iż ząb, mimo dość znacznych ubytków, jakie skutkiem tego na korzeniu poniósł, może przez długie lata być pożytecznym organem, dopóki świeży nawrót tego zapalenia, skutkiem nieznanych przyczyn, nie sprowadzi zupełnego zaniku korzeni.

Transplantacyja zębami, w których wszelkie objawy życia wygasły, t. j. pochodzącemi albo od indywiduów zdrowych, ale dłuższy czas po dokonanéj ekstrakcyi, albo też wyjętemi z czaszki trupa, jest zanadto ryzykowna, aby ją można bez obawy zastósowywać. Pomimo bowiem szczelnego zatkania ujścia korzeni, może sprawa resorbcyjna posunąć się aż do pulpy i sprowadzić wessanie tego organu. Wprawdzie mniejsze jest niebezpieczeństwo zakażenia gnilnego organizmu z zębów, które pochodziły od ludzi zdrowych i przez dłuższy czas w silnym rozczynie desinfekcyjnym się znajdowały, daleko większa jednak obawa zachodzi przy transplantacyi zębów trupa, aby jad z pulpy nie dostał się do ogólnego obiegu krwi. Wszelkie chociażby długo trwające odrażania takiego zęba nie daje dostatecznéj rękojmi, chyba tylko w takim razie, jeżeli się pulpę w całości usunie, a miejsce jéj zastąpi cementem lub antyseptyczną pastą.

Mimo całéj grozy, jaką przejmuje nieostrożne postępowanie w takich przypadkach, robił Walkhoff w pracowni dentystycznéj prof. Sauera w Berlinie doświadczenia transplantacyjne z zębami trupiemi, których całe składy, posortowane w słojach, napełnionych środkiem przeciwgnilnym, przechowywał. Przypiłowawszy tylko korzenie odpowiednio do korzenia wyjętego zęba i zaplombowawszy ujścia kanalików, dokonywał Walkhoff transplantacyi. Jakie były tychże zębów i ich nowych właścicieli dalsze losy, nie mogłem się dowiedzieć, albowiem chorzy co najwięcéj przez kilka dni po dokonanéj operacyi się przedstawiali, a późniéj ginęli bez wieści. Bardzo jednak prawdopodobnem zdaje mi się przypuszczenie, iż u niejednego z nich po dłuższym lub krótszym czasie mogły wystąpić objawy septikemii, któréj źródło musiało być nieznanem dla ordynującego lekarza, tem bardziéj, że i chory nie był w swoim czasie objaśniony co do pochodzenia transplantowanego zęba.

W kilku słowach pozwolę sobie jeszcze wspomnieć o jednéj metodzie plantacyi zębów, którą przed kilku laty Dr. Younger z San Francisco podał i nazwał ją i m p l a n t a c y j ą. Operacyja ta polega na uformowaniu w szczęce sztucznego zębodołu i osadzeniu tamże naturalnego ludzkiego zęba. W tym celu za pomocą podanych przez siebie stósownych świdrów wierci Younger w wyrostku zębodołowym szczęki otwór, odpowiadający swą głębokością korzeniowi osadzić się mającego zęba. Na jednem z posiedzeń Towarzystwa dentystycznego w Nowym Yorku przedstawił Younger kobietę, u któréj dokonał implantacyi zęba dwuguzikowego,

wyjętego przed kilku miesiącami innéj osobie. Przedstawiona pacyjentka utraciła odpowiedniego zęba już przed pięciu laty.

Rezultat operacyi miał być świetny, albowiem w sztucznie utworzonym zębodole ząb osadził się mocno i nie sprawiał żadnych dolegliwości. Operacyja ta zdawałaby się nieprawdopodobną, gdyby nie takie powagi, jak Atkinson, Kingsley i inni, którzy stwierdzili pomyślny jéj rezultat. Nie słyszałem jednak, aby ktokolwiek inny naśladował metodę Youngera i chciał narażać zdrową kość ludzką na tak znaczne uszkodzenia dla osiągnięcia zbyt niepewnego rezultatu tem bardziéj, iż wyrostek zębodołowy, w którym osadzone są korzenie, w kilka lat po utracie odpowiednich zębów, ulega znacznemu zanikowi, przezco nie jest w stanie pomieścić zęba takich rozmiarów, jaki w nim dawniéj spoczywał. Zresztą prawie nie ulega najmniejszéj wątpliwości, iż w takim zębodole usadzony ząb musiałby albo uledz resorbcyi, albo jako ciało obce przez ropienie być wydalonem, odosobniony zaś przypadek Youngera zaliczyć należy do tych, dość często pojawiających się przypadków, otorbienia ciała obcego w organizmie.

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. A. Jassinowsky: **Die Arteriennaht. Eine experimentell chirurgische Studie.** Inaugural Dissertation. Dorpat, 1889, 8-vo str. 102.

Znowu otwiera się dla nowoczesnéj chirurgii świeże pole skutecznego działania, a mianowicie: zamiast dotychczas prawie jedynie używanego postępowania w razie krwotoku z tętnic, to jest podwiązywania tegoż, proponuje nam autor w pewnych do tego szczególnie przydatnych razach zaszycie ścian broczącego naczynia. Myśl ta wcale nie jest nową, znalazła ona bowiem wyraz jeszcze w drugiéj połowie przeszłego stulecia w orzeczeniu Lamberta, który oparty na postrzeżeniu, że małe ranki tętnic goją się przez rychłozrost, wnosił o możliwości gojenia większych ran za pomocą szwu. Pomysł ten został nawet niedługo potem przez Hallowela w jednym przypadku zrealizowanym, gdy jednakże Asman doświadczeniami na zwierzętach podjętemi dosadnie wykazał, że szew ścian tętnicy pociąga za sobą zupełne zatkanie światła tętnicy, t. j. właśnie to, do czego przez podwiązanie o wiele prostszą drogą dochodzimy, nie narażając się nadto na większe niebezpieczeństwo krwotoków następowych, upadł tenże w zupełności i doczekał się znów obrońcy dopiero w okresie antiseptyki w osobie berlińskiego chirurga Glücka, który opierając się na dodatnich wynikach doświadczeń Czernego i Schedego ze szwem stosowanym do ran żył wielkich u ludzi i zwierząt podjął takie same doświadczenia pod względem szycia ścian tętnic. Tak on, jak i po nim doświadczający Horoch, stwierdzili również, jak i ich poprzednicy, że zatkanie światła tętnicy jest regularnem następstwem szwu ściany jéj, obydwaj jednak odnoszą z doświadczeń tych korzystne wrażenia, bądź to nie tracąc na przyszłość (przy udoskonaleniu techniki szwu tego) nadziei, że da się utrzymać drożność szytego naczynia (Gluck), bądź to wykazując, że zatkanie to odbywa się powoli, ułatwia wytworzenie się krążenia obocznego i oszczędza gałęzie najbliższe (Horoch).

Przypuszczeniami Glucka zachęcony zabrał się J. jeszcze raz do tych doświadczeń, a to tembardziéj, że go dotychczasowe kliniczne i doświadczenne wyniki pouczyły, iż nieznaczne częściowe zranienia ściany tętniczéj mogą się zagoić bez równoczesnego zamknięcia światła tętnicy.

Przedewszystkiem zauważał J., że poprzednicy jego błądzili eksperymentując na tętnicach małego kalibru, przy czem i zakładanie szwów było utrudnionem i światło tych tętnic za szczupłem; dlatego też obierał on do swych doświadczeń tętnice wielkie (*carotis, aorta abdominalis*) i to u zwierząt większych, jak: cielęta, owce, duże psy. Drugim warunkiem udania się doświadczenia jest ścisła anti- i aseptyka, trzecim należyte zatrzymanie krwi w czasie szycia, czwartym dokładne oczyszczenie tętnicy, t. j. oddzielenie jéj od otaczającéj ją pochewki naczyniowéj. Szyć powinno się cienkim jedwabiem i igłami nie na płask, lecz na kant ostrzonemi i to tak, żeby igła nie przebijała warstwy wewnętrznéj (*intima*), tylko przechodziła jedynie przez obydwie zewnętrzne. Po założeniu szwów i puszczeniu krwi w światło tętnicy należy też ostatnią przez jakiś czas (1—2 minut) z lekka palcami uciskać, a to celem wywołania przeszkody w krążeniu, która przyczyni się do zaskrzepnięcia krwi w kanałach szwów.

Dwadzieścia i kilka doświadczeń dokonanych na zwierzętach z powyżéj wymienionemi ostrożnościami dały po największéj części rezultat dodatni, t. j., że ściany nadciętéj tętnicy zrosły się *p. primam*, że szwy nie przepuszczały krwi, a co najważniejsza, że światło tętnicy nie doznało zaskrzepnięcia (*thrombosis obturans*) ani też nadmiernego rozszerzenia (*aneurysma*). To uprawniło autora do wniosku, że szew taki wskazanym jest w razie skaleczenia tętnic dużych zamiast przewiązki, byleby rany były czyste i świeże czy one są podłużne, ukośne, płatowe, a nawet poprzeczne, w ostatnim razie, jeżeli nie przekraczają połowy objętości tętnicy. Przeciwwskazanym będzie on tam, gdzie nie nabierzemy przeświadczenia o aseptycznym przebiegu gojenia się rany, lub gdzie nader głębokie położenie anatomiczne tętnicy uniemożliwia techniczne wykonanie rękoczynu. Najbardziéj przydać się może w razie zranienia dużéj tętnicy podczas operacyi lub w pojedynkach, gdzie zawsze lekarze bywają na miejscu. Czy do leczenia tętniaków będzie mógł szew ten być użytym, jak to Gluck przepowiadał, nie chce J. jeszcze rozstrzygać.

Tych kilka uwag z pięknéj pracy autora podaję dla ogółu lekarzy — specyjalistów chirurgów zaś zachęcam do przestudyjowania jéj, znajdą w niéj bowiem dużo ciekawych i pouczających szczegółów. *Obaliński.*

Choroby wewnętrzne.

Curtin (Filadelfia): **O wpływie powietrza morskiego na suchoty kiłowe.**

Chociaż niektórzy lekarze uważają powietrze morskie za bardzo wskazane w leczeniu suchot, to przecież większość sprzeciwia się temu leczeniu, gdyż wprawdzie na kilka tygodni, może wskutek zmiany powietrza, odżywienia i otoczenia, następuje polepszenie, późniéj jednak wobec małéj odporności wobec gęstego, wilgotnego, drażniącego powietrza solą przesiąkniętego widzimy tem większe pogorszenie. C. opisuje pięć przypadków kiły płuc, w których powietrze morskie bardzo dobrze skutkowało. Że w tych przypadkach miał do czynienia z suchotami płuc kiłowemi, a nie gruźliczemi, zatem przemawia sześć objawów, które Porter uważa za charakterystyczne dla téj choroby: 1) Bardzo obfite odpluwanie bez jakiegokolwiek znaku zagęszczenia miąższu płucnego; 2) stan osłabienia bez szczególnego wychudnienia; 3) znaczna duszność bez jakichkolwiek przeszkód w krążeniu ze strony serca lub płuc; 4) właściwy ból i oddziaływanie przy ucisku na mostek i na grzebienie kości podudzia; 5) szybka poprawa po leczeniu przeciwkiłowem; 6) a co najważniejsze brak prątków gruźliczych. Powietrze morskie tem się różni od powietrza górskiego, że jest wilgotniejsze, gęstsze, solą nasiąknięte, że zawiera małą ilość jodu. Powietrze to w gruźliczem zajęciu płuc prawdopodobnie przyspieszyłoby krążenie w płucach i ich zniszczenie, podczas gdy w kile płuc przyspieszone krążenie krwi wywiera pomyślny wpływ, poprawiając odżywienie płuc. Ciągłe wdychiwanie małych ilości jodu również korzystnie wpływa na chorobę. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* rocznik XX). *Dr. Baschkopf.*

Chirurgija.

Routier: **Rak odbytnicy, resekcyja drogą od kości krzyżowéj.**

Jakkolwiek, zdaniem autora, leczenie radykalne raka odbytnicy początek swój wzięło we Francyi, wskazane najpierw przez Fogeta 1739 r., rozpowszechnione przez Lisfranca, a wydoskonalone przez Amussata, to obecnie jest ono zanadto zaniedbanem przez chirurgów francuskich, a metoda Kraskego wcale nawet dotychczas w użycie nie weszła. Tymczasem statystyka, niemal z każdym rokiem coraz lepsze dająca wyniki, przemawia na korzyść operacyjnego leczenia, bo gdy dawniéj procent śmiertelności skutkiem operacyi wy-

nosił 30%, zmniejsza się on obecnie do 20% (Gross), 16% (Ball, 10% (Koenig), nawet 5% (Bardenheuer) lub 4% (Czerny). Również pod względem recydywy raka z biegiem czasu spotkać można dość znaczny procent przypadków, w których jeszcze po 2, 6 nawet 10 latach po operacyi recydywy nie zauważono. Chociaż metoda Kraskego zbyt jest jeszcze nową, aby mieć za sobą dostateczną poważną statystykę, to jednak sądzi autor, że jest ona w stanie lepsze niż inne metody dać wyniki, więcéj jeszcze obniżając procent śmiertelności i recydyw. Wobec tego nieuzasadnionem jest wszelkie paliatywne leczenie raka odbytnicy, zmierzające tylko do usunięcia lub zmniejszenia przykrych dla chorego przypadłości (*colotomia, rectotomia)*, owszem należy zawsze operować radykalnie oczywiście z uwzględnieniem i tutaj jak wogóle w chirurgii téj granicy, po za którą zabieg operacyjny ani korzyści operowanemu przynieść, ani sławy operującemu przysporzyć nie może.

O ile raki nisko umiejscowione stósunkowo łatwo dają się usunąć przy pomocy którejkolwiek z metod dawniejszych, to raki wysoko usadowione do niedawna jeszcze uważano jako nie nadające się do żadnego zabiegu operacyjnego. Właśnie dla tego rodzaju raków, które, jak się wyraził Volkmann, „leżą za nisko dla laparotomii, a za wysoko, aby je od dołu dosiągnąć“, pozostaje jedynie metoda Kraskego.

Autor sam dotychczas nie wiele sobie po niéj obiecywał i dopiero w podróży swéj po Niemczech przekonawszy się naocznie o korzyściach i wynikach, jakie daje, postanowił sam ją wypróbować i zachęcony pomyślnym rezultatem w jednym własnym przypadku, utorować jéj drogę wśród francuskich kolegów.

Następuje opis klasycznéj pierwotnéj metody Kraskego, która zbyt u nas jest znaną, aby go tutaj powtarzać. Od r. 1885 sposób Kraskego, opisany przez tegoż na kongresie chirurgów niemieckich, przeszedł już cały szereg prób, zmian i zastosowań, zwłaszcza w ojczyźnie swéj w Niemczech. W r. 1886 stosują go Rinne, Israël, Schoenborn (*Centr. für Chir.* 1886, 14, 52). W r. 1887 Bardenheuer (*Samml. klin. Vor.*, Nr. 289) zmienia go o tyle, że robi resekcyję poprzeczną przez całą kość krzyżową poniżéj 3-go otworu krzyżowego, co zdaniem jego jeszcze więcéj ułatwia przegląd i tamowanie krwotoku. W tym samym roku Kraske publikuje 8 przypadków *resectio recti* według własnéj metody i zniechęcony dwoma przypadkami śmierci, skutkiem pęknięcia szwu pod naciskiem mas kałowych, ostrzega przed zeszywaniem całkowitem resekowanego jelita za pomocą szwu okrężnego, radząc raczéj pozostać przy pierwotnie podanym sposobie zeszycia tylko przedniego obwodu jelita. Aby nie osłabiać podłogi miedniczéj, próbowano następnie tymczasowéj osteoplastycznéj resekcyi kości krzyżowéj (Roux, Heinecke, Hegar i Wiedow). Próby te jednak zbyt nowe i nie poparte dostateczną statystyką, aby pewne z nich wyciągać wnioski. We Francyi autor jest pierwszym, który wykonał resekcyję prostnicy sposobem Kraskego i to z wynikiem pomyślnym u kobiety 29 letniéj, dotkniętéj rakiem okrężnym, 12 cm. nad otworem stolcowym się rozpoczynającym i zwężającym znacznie światło jelita. Wyższość téj metody nad innemi upatruje autor w tem, że można usunąć doszczętnie raka wysoko usadowionego wraz z gruczołami, a tem samem wyleczenie zupełne sprowadzić, że pozostawia się daléj choremu *M. sphincter ani* nietknięty i że unika się *anus praeternaturalis iliacus* lub *lumbalis*, robiąc w razie potrzeby dogodniejszy o wiele dla chorego *anus praeternat. sacralis.* Lecz i tak w większéj części przypadków radzi autor zeszywać jelito szwem okrężnym w całym obwodzie, unikając ile możności *anus praetern. sacral.*, sądząc, że można to bezpiecznie zrobić, jeżeli przygotuje się poprzednio należycie chorego, jak w przypadku autora, przez podawanie mu przynajmniéj przez dni 10 przed operacyją środków przeczyszczających (*ol. ricini*) i odwaniających (codziennie 2·0 *naftolu* z *magn. salicyl.)* z zachowaniem tylko mlecznéj dyjety, dopóki kał nie stanie się zupełnie bezwonnym, do kału oseska podobnym. Wśród samego zabiegu poleca, po dostatecznem ściągnięciu jelita, zeszyć blaszkę ścienną otrzewny z blaszką jelitową tak, żeby dalszy ciąg operacyi i zeszycie końców resekowanego jelita wykonać już poza obrębem jamy otrzewnowéj, gdyż wtedy nawet w razie puszczenia szwów treść wydostanie się tylko na zewnątrz. Jeżeli jednak nie dają się jelita dokładnie oczyścić i zachodzi obawa, że stolec po operacyi w przeciągu pierwszego tygodnia mógłby wystąpić, wtedy można dla większéj pewności zeszyć jelito tylko w przednim obwodzie, pozostawiając od tyłu wolną dla stolca drogę na zewnątrz. Co się tyczy resekcyi saméj kości krzyżowéj, to takową można ograniczyć stósownie do przypadku do mniejszych rozmiarów, jak o tem autor w swoim przypadku mógł się przekonać, gdzie prócz wyłuszczenia kości ogonowéj wystarczyło oddłutowanie tylko małego, o wiele mniejszego, niż radzi Kraske, kawałka kości krzyżowéj w okolicy *cornu inf. sin.* Metoda Kraskego może oddać wielkie usługi i była nawet już stósowaną przy operacyjach na częściach rodnych kobiecych, ułatwiając znacznie przystęp do nich tak oku jak i ręce operującego, daléj przy przetokach odbytnico-pochwowych (Bardenheuer), przy wadach wrodzonych odbytnicy (Hochenegg) lub w przypadkach ropni głęboko w miednicy małéj usadowionych (Schede, Hegar). Największą jednak zasługą metody Kraskego jest to, że zmniejszyła znacznie liczbę tak zw. *Carcinoma inoperabile*, czyniąc je nie tylko *operabile* lecz nawet nieraz i *sanatum. (Revue de Chirurgie*, 1889, Nr. 12). *Dr. Langie.*

J. Wolff: **Przypadek przepukliny lędźwiowéj.**

Trzyletniemu chłopcu, dotkniętemu kifozą, otwierano w przeciągu sześciu miesięcy dwukrotnie ropień opadowy, leżący w okolicy lędźwiowéj lewéj. Po upływie dalszych sześciu miesięcy zgłosił się chory znowu. W miejscu nacięcia, które znajdowało się powyżéj grzebienia lewéj kości biodrowéj i szło w kierunku odpowiadającym linii prostopadłéj od kąta łopatki ku dołowi poprowadzonéj, znajdowała się przetoka, z któréj się skąpa ilość ropy wydobywała. Powyżéj i w tyle otworu przetoki znajdował się miękki guz wielkości jaja gołębiego, który sprawiał wrażenie ropnia opadowego. Przy bliższem jednak badaniu pokazało się, iż guz ten usuwa się pod uciskiem, wydając szmer kruczenia. Palec dochodził do wrót przepuklinowych w ścianie brzusznéj, któreto wrota nie większe były, niż obwód zwyczajnego ołówka. Ucisk ołówkiem zatrzymywał przepuklinę, gdy jednak ołówek oddalono, przepuklina wracała, a pod działaniem tłoczni brzusznéj zwiększała się do wielkości jaja kurzego. Położenie wrót przepuklinowych odpowiadało trójkątowi Petita. Po czterech latach przedstawił się chory znowu. Otwór przetoki, którą wśród tego dokładnie ostrą łyżką wyskrobano, był zupełnie zagojony. Guz zmniejszył się i ani ucisk tłoczni brzusznéj, ani zmiany w ułożeniu chorego nie wywołują jego zwiększenia się. Przy odprowadzeniu nie słychać kruczenia. W przepuklinie leży obecnie nie jelito, lecz sieć. (*Berl. klin. Wochenschrift*, Nr. 1., 1890).

Śmiertelne działanie następowe narkozy chloroformowéj.

W ostatnich czasach udowodnili ponownie Ostertag i Strassmann licznemi doświadczeniami na zwierzętach, że w pewnych przypadkach długotrwała narkoza nawet po upływie dłuższego czasu po ukończonem chloroformowaniu może być przyczyną śmierci. Zmiany znachodzone przy oględzinach pośmiertnych są to prawie wyłącznie stłuszczenia narządów (wątroby, serca, nerek i mięśni żołądka i szkieletu). Chloroform działa także niszcząco na ciałka czerwone krwi. Śmierć następuje wskutek porażenia serca, nadwerężonego w swojem utkaniu. (*Berl. klin. Wochenschrift*, Nr. 1 ex 1890).

Herff z Hali podaje jako najczęstszą przyczynę śmierci po laparotomijach zmiany w sercu, których przyczyną ma być narkoza chloroformowa, wywołująca zwyrodnienie włókien mięsnych serca. Także wskutek długo trwającéj narkozy występują zmiany w płucach i nerkach i są często przyczyną śmierci. Hegar spostrzegał często występujące po narkozie chloroformowéj zapalenia oskrzeli i płuc. Fehling przestrzega przed chloroformem przy istniejących chorobach nerek, ponieważ po narkozie chloroformowéj spostrzegał białko i wałeczki w moczu. Podobne doświadczenia zrobili Klein i P. Müller. (*Münch. med. Woch.*, 1889, Nr. 51). *Dr. Bohosiewicz.*

Goldschmidt (Berlin): **O rozpoznawczéj wartości cystoskopu Nitzego**

W przeciągu 2½ lat badał G. za pomocą cystoskopu więcéj niż 300 chorych i podaje następujące wyniki: badani znosili wziernikowanie bardzo dobrze, krwawienie nigdy nie wystąpiło, tylko raz jeden przyłączył się katar pęcherza. Dotychczasowe sposoby badania chorób pęcherza były niedostateczne, a często żeby obejrzeć wnętrze jego, uciekano się do cięcia. Dziś wziernik daleko lepiéj pozwala nam obejrzeć wnętrze pęcherza niż jakikolwiek chirurgiczny zabieg. G. widział za pomocą cystoskopu guzy i kamienie, których inni nie rozpoznali, bo do nich zgłębnikiem dojść nie mogli. Wszelkie zaś owrzodzenia, czy to nieżytowe, czy gruźlicze, także jasno się widzi. (*Wr. med. Wschft.*, 1890, Nr. 2).

Choroby weneryczne.

Dr. E. Finger (Wiedeń): **Lecznicza wartość *Bismuthum subbenzoicum* w szankrze miękkim.**

Jeżeli chcemy w wrzodzie miękkim wywołać zwykłą ziarninę przyranną, to stosujemy środki żrące, a mianowicie przez Siegmunda podany siarczek miedzi w roztworze 1 : 3 wody. Jestto najlepszy i najprędszy sposób zabliźniania wrzodu Niestety nie zawsze go użyć możemy. Najmniejsza bolesność, choćby mało tylko powiększonych gruczołów pachwinowych, zabrania nam wszelkiej kauteryzacyi i w takim razie leczenie ogranicza się do czystego utrzymywania wrzodu. Czynimy to za pomocą proszku jodoformowego, który najszybciéj zdrową ziarninę wywołuje. Jodoform jednak odorem swoim zdradza chorego i dlatego w praktyce prywatnéj rzadko go można użyć, a nie posiadaliśmy dotychczas leku, któryby go mógł godnie zastąpić. Środkiem tym zdaje się być przez Smitha najpierw polecone *Bismuthum subbenzoicum*. Otrzymany przez ogrzanie podazotanu bismutowego z kwasem azotowym i bendźwinianem sodowym, przedstawia się jako proszek biały, miękki o słabej woni. F. leczył tym lekiem 16 przypadków ambulatoryjnie w ten sposób, iż po opłukaniu wrzodu wodą, pędzelkiem go zasypywał i tamponikiem z waty i przylepcem zasypanie utrwalał, co 2 razy na dobę czynił. W 12 przypadkach po 6 do 8 razowem zasypaniu powstawała zdrowa ziarnina i dalsze stosowanie leku było niepotrzebne. W 4 przypadkach trzeba było na ten skutek 4 do 5 tygodni czekać, ani razu jednak nie przyszło do zadrażnienia, a mianowicie do obrzmienia lub innych objawów zapalnych. (*Int. kl. Rdschau*, 1890, Nr. 1). *Dr. Mendelsburg.*

Choroby kobiece.

R. Schaeffer: **O wartości antyseptycznéj kwasu octowego w położnictwie.**

Na przeszłorocznym zjeździe ginekologów w Freiburgu zalecał bardzo gorąco Battlehner użycie kwasu octowego do antiseptycznych wstrzykiwań pochwowych i macicznych na podstawie pracy doświadczalnéj Engelmanna, według którego wartość antiseptyczna kwasu octowego okazała się wyższą od takiéjże wartości kwasu karbolowego. Przytem łatwość dostania zawsze i wszędzie octu i brak własności trujących zalecać miały użycie go w położnictwie. Ponieważ jednakże Engelmann, jakkolwiek bardzo skrzętnie i dowcipnie, przecież swe badania uskuteczniał na mięszaninie rozmaitych prątków, bo na ciałach i płynach gnijących, co według Kocha nie daje żadnéj miary do ocenienia własności antiseptycznych jakiegoś ciała, a tylko próby oddziaływania na czyste hodowle prątków mogą dać miarę do ocenienia i porównania środków antiseptycznych, ponieważ daléj po publikacyi ważnego odkrycia Gepperta, dotychczasowe badania w tym kierunku *novo modo* powtórzone być powinny, Schaeffer podjął się pracy doświadczania wartości antiseptycznéj kwasu octowego. Dokładny opis pięknego sposobu badania nie może tu znaleść miejsca, wynik jego jednak zbyt jest ważnym, aby, wobec dawniéj głoszonéj wartości kwasu octowego, o nim zamilczeć. Otóż wobec prątka wąglikowego działanie kwasu karbolowego jest 15 razy silniejsze od kwasu octowego, przy *staphylococcus aureus* stosunek wartości antiseptycznéj kwasu karbolowego do kwasu octowego ma się jak 420 : 1.

Wobec tych wyników nie można w żaden sposób zawierzyć w położnictwie głoszonéj dawniéj wartości antiseptycznéj kwasu octowego. (*Berliner kl. Wochensch.*, Nr. 3, 1890).

E. Meisel: **Mastitis parenchymatosa.**

Według wzoru Łukaszewicza stosującego opatrunek gipsowy przy zapaleniach przyjądrza postępuje M. przy zapaleniach w gruczole piersiowym. W 12 przypadkach (7 *Mastitis* a 5 *Phlegmone*) tylko cztery razy doszło do ropnia przy tem leczeniu. Zakłada na obmytą pierś najprzód czystą gazę z otworem na brodawkę, na to znów gazę zmaczaną w dobrze rozpuszczonym i rozmięszanym gipsie okrywającą dobrze cały gruczoł piersiowy. Po wyschnięciu utrzymuje się ten opatrunek bandażem. Według opisu bóle i gorączka bardzo rychło pod tym opatrunkiem znikają. Niemniéj i wydzielanie pokarmu w ten sam sposób zgubić można. Po 24 godzinach pierś mięknie i pokarm ginie (*Bullet. gener. de thérap.* 1889, Nr. 22). *Kohn.*

Choroby umysłowe.

Prof. Grashey (Minchów): **O samobójstwie i jego znaczeniu ze stanowiska psychyjatrycznego.**

Co do częstości samobójstw poucza statystyka, że w narodzie tem więcéj zdarza się samobójstw, im wyżéj on stoi pod względem cywilizacyi. Do należytéj statystyki jednak potrzeba należytéj kultury, a że porządna statystyka dokładniéj liczy i większe liczby wykaże, niż n. p. statystyka w Turcyi, jest rzeczą jasną. G. więc nie potwierdza zdania, że oświecenie jest przyczyną samobójstw. W kraju cywilizowanym napotykamy inną niezbitą okoliczność, to jest, gdzie ludność jest najgęstszą, gdzie walka o byt jest największą i wogóle w dużych miastach zdarzają się samobójstwa częściéj, niż na wsi. Zastanawiając się nad głównemi przyczynami samobójstw, musimy się zapytać, jakie jest zapatrywanie ludu na samobójstwo; jasnem bowiem jest, że jeżeli naród lub wyznanie (n. p. buddyści) uważa samobójstwo za sposób zasłużenia sobie raju, liczba samobójstw w takim kraju rosnąć będzie. Wyznania chrześcijańskie potępiają samobójstwo. Wiele sfer towarzyskich nieprzychylnie ocenia samobójstwo z małoznaczącéj przyczyny i znaczną odsetkę wszystkich samobójstw uważamy obecnie za wytwór chorobowy. Zarówno w starożytności, jak i teraz rozpowszechnione jest zapatrywanie, że samobójca jest zupełnie panem swéj rozwagi; to zapatrywanie jednak jest błędnem. Zdarzają się może obecnie pojedyncze przypadki (pojedynek amerykański), w których człowiek z zupełną swiadomością i zimno chwyta za rewolwer, ale te przypadki należą do wyjątków. Gdyby prawdą było, że samobójca rozważa za i przeciw i w końcu długiego rachunku przychodzi do wniosku, że musi się zabić, to jakby można wytłómaczyć samobójstwa idyjotów; u tych przecież nie może być mowa o rozważaniu. Przeciwnie musimy powiedzieć, że w człowieku spoczywa popęd do utrzymania życia, ale też do jego zniszczenia, a te popędy okazują się często u idyjotów. Wobec nieszczęśliwych przygód nasuwa się myśl o samobójstwie sama przez się, ona przychodzi pierwotnie i mamy się przed nią tylko bronić. W końcu dłuższego wykładu przychodzi G. do następujących wniosków: 1) mamy podstawę do uważania ludzi, którzy popełnili samobójstwo, za chorych, jeżeli wykażemy, że w młodości swéj odnieśli jakąśkolwiek szkodę umysłową (zapalenie opon mózgowych, choroby gorączkowe, urazy czaszki dziecka); 2) mamy podstawę uważać samobójcę za chorego, jeżeli stwierdzimy, że to była osoba w mniejszym lub większym stopniu dziedzicznie obciążona, a w takim razie przy wydaniu świadectwa lekarskiego nie grzeczność dla rodziny, lecz prawo i obowiązek nakazuje nam oświadczyć, że się rozchodzi o samobójstwo chorobowe. (*Münch. med. Woch.*, 1889, Nr. 31).

Toksykologija.

Th. P. Satterwhite: **O otruciu kokainą.**

Na podstawie 100 spostrzeganych przypadków otrucia kokainą czyni autor następujące wnioski: 1) kokaina działa w dużych dawkach trująco, nawet śmiertelnie; 2) może wywołać nawet w dawkach, które zwykle uważamy za nieszkodliwe przypady groźne a nawet śmiertelnie się kończące i to obojętna, czy zastosowano ją u ludzi młodych, czy starych, zdrowych, czy słabych; 3) przy zastosowaniu podskórnem kokainy niebezpieczeństwo otrucia jest największe; 4) wielkość śmiertelnéj dawki jeszcze nie jest oznaczoną; 5) w każdym przypadku wskazaną jest ostrożność i należy mieć

w pogotowiu w razie trującego działania azotyn amylowy, morfinę, atropinę (podskórnie), wyskok i naparstnicę. (*Monatsbl. f. prak. Derm.*, 1888, Nr. 23). *Dr. Baschkopf.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo ginekologiczne w Krakowie.

IV. Posiedzenie z dnia 22 listopada 1889.

Przewodniczący prof. Madurowicz. Obecnych członków 8.

Po odczytaniu protokółu z ostatniego posiedzenia przystąpiono do wyboru 2-go sekretarza i wybrano nim Dra Stanisława Brauna. Nastąpiło ostateczne zredagowanie statutu Towarzystwa, który przedrukowany w 5-ciu egzemplarzach i ostemplowany, polecono przesłać odpowiednią drogą do zatwierdzenia c. k. Namiestnictwu we Lwowie.

V. Posiedzenie z dnia 3 grudnia 1889.

Przewodniczący Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 10.

Po przyjęciu do wiadomości protokółu z ostatniego posiedzenia przystąpiono do porządku dziennego:

Kol. Mars zawiadamia, że podanie o zatwierdzenie Towarzystwa ginekologicznego razem z pięcioma egzemplarzami statutu odesłano do Lwowa.

Kol. Przewodniczący czyni wniosek, aby wkładki członków były składane na ręce podskarbiego od chwili założenia Towarzystwa począwszy (8 zła. według statutu), co zebranie uchwaliło:

Nadto upoważniło zebranie przewodniczącego, aby oficyjalnie zawiadomił Towarzystwo lekarskie i redakcyję „Przeglądu“ o założeniu Towarzystwa ginekologicznego.

Kol. Mars miał następnie odczyt: „Przypadek wynicowania i wypadnięcia pęcherza moczowego powikłanego porodem“.

W dyskusyi nad odczytem zabierali głos koll. Braun, Jordan, Kohn, Przewodniczący, Cercha, Wiszniewski i Mars.

Odczyt przesłano do „Przeglądu Lek.“; obszerna dyskusyja umieszczona zostanie w pamiętniku.

VI. Posiedzenie z dnia 7 stycznia 1890.

Przewodniczący: Prof. Dr. M. Madurowicz. Obecnych członków 6.

Po odczytaniu protokółu z ostatniego posiedzenia:

1) uchwalono, aby dyskusyję nad odczytami każdy z biorących w niej udział napisał obszernie i takowa była umieszczona w książce protokółów posiedzeń i w Pamiętnikach Towarzystwa, w streszczeniu zaś w „Przeglądzie Lekarskim“;

2) sprawy administracyjne:

Uchwalono, aby z Krakowa, Podgórza przyjmować na członków Towarzystwa ginekologicznego tylko zgłaszających się a zajmujących się ginekologiją kolegów, zaś listy zapraszające i statut Towarzystwa załączone do „Przeglądu Lekarskiego“ przesłać do wszystkich lekarzy Galicyi i król. Polskiego;

3) Przy każdym wykładzie umieszczonym w „Przeglądzie Lekarskim“ ma być zaznaczony, że był odczytany w Towarzystwie ginekologicznem. *Dr. Braun Stanisław*, sekretarz.

VI. List otwarty do Wgo kol. Jabłonowskiego.

Upatrując wielkie podobieństwo influenzy do gorączki Dengue, sądząc z artykułu szan. kolegi, upraszam go o poznajomienie czytelników „Przeglądu Lek.“ z różnicą tych chorób, o czem wcale nie wspomniałeś. Czy nie jest to tylko turecka nazwa influenzy, jak to niedawno czytałem w jednem w codziennych pism, która wedle ostatnich doniesień szerzy się na Bałkańskim półwyspie, w Konstantynopolu i Atenach. Z opisu widzę, że w Dengue obserwuje się jeden symptom (wysypka skórna), nie spostrzegany w influenzy; ale czy nie jest to tylko południową odmianą tej ostatniej, jak naprzykład łagodność przebiegu influenzy w ces. Rosyjskiem i częste komplikacyje płucne, kończące się zejściem śmiertelnem, obserwowane w zachodniej Europie i północnej Ameryce?

Dr. J. Talko.

List otwarty do Wgo prof. Adamkiewicza.

W opisie ciekawego spostrzeżenia „obustronne znieczulenie twarzy“ czytamy, że obie spojówki nie były wrażliwe na zwykłe drażnienie. Szan. autor zwraca uwagę na stan prawidłowy obu oczu, pomimo utraty czucia spojówek, i tłumaczy nieobecność zmian troficznych gałek ocznych prawidłową funkcyją aparatu ruchowego pacyjenta (Snellen). Szkoda, że nie podano do wiadomości, czy jednocześnie czucie rogówek nie było zmniejszone lub zatracone: przypuszczam, że nie, co wiele przemawiałoby za obwodową przyczyną porażenia n. troistego, boby przytem jedynie należało się spodziewać neuroparalitycznej ich zmiany z przyczyn czysto anatomofizyjologicznych. *Dr. J. Talko.*

O ile list otwarty Szan. Kolegi Dra Talki rozumiem, przypuszcza on, że w przypadku pod tytułem *Monoplegia anaesthetica faciei* przezemnie opisanym, istniało tylko zniezczulenie spojówek a nie rogówek. Z tego zaś wnosi, że w moim przypadku istniało porażenie centralne, a porażenie takie mogłoby wytłumaczyć brak zmian troficznych, gdyż takowe uważa za następstwa porażeń obwodowych. Na to muszę odpowiedzieć: obok spojówek były także zniezczulone rogówki, co razem z kol. Doktorem Marcisiewiczem stwierdzililiśmy.

Pomimo tego o porażeniu centralnem w moim przypadku mowy być nie mogło. Z tego wynika, że porażenia obwodowe n. troistego nie koniecznie sprowadzają zmiany troficzne rogówki, jeżeli aparat ruchowy oka jest nienaruszonym. To samo stwierdziłem już na innym przypadku (Porażenie połowicze nerwów mózgowych, Medycyna t. 17, 1889), w którym sekcyja wykazała nadwerężenie wszystkich gałęzi n. troistego przy wyjściu z czaszki, a gdzie pomimo tego aż do śmierci środki oka zostały wolne od zmian troficznych prawdopodobnie skutkiem istniejącej *blepharoptosis*, która chroniła oko od wpływów zewnętrznych. *Adamkiewicz.*

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

L. 3043. **Okólnik**

do wszystkich PP. c. k. Starostów i WWPP. Prezydentów miast: Lwowa i Krakowa.

Z powodu, że w ostatnim czasie choroby zakaźne niemal we wszystkich krajach koronnych przybrały znaczne rozmiary, poleca wys. c. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych rozporządzeniem z dnia 10 stycznia 1890, l. 24,200/1889, aby baczniejszą zwrócono uwagę na pojawianie się i szerzenie tych chorób. Wzywa się Pana do użycia wszelkiego wpływu na Zwierzchności gminne, aby natychmiast w chwili pojawienia się chorób zakaźnych, bezwarunkowo i dokładnie zastosowywały przepisane środki ostrożności, jużto w celu stłumienia, jużto w celu zabezpieczenia od chorób, o których mowa.

Należy nadto jak najdokładniej nadzorować Zwierzchności gminne przy nader gorliwem współdziałaniu c. k. lekarzy powiatowych, a w razie szerzenia się epidemii poczynić we właściwym czasie ze znajomością rzeczy i stanowczością stosowne kroki w myśl istniejących w tej mierze przepisów.

Równocześnie żąda wys. c. k. Ministerstwo sprawozdania co do rozszerzania się influenzy. Pan Starosta, co do sprawdzania wymienionej choroby, postępować będzie, jak poprzednio ogłoszono, a o spostrzeżeniach poczynionych co do tej choroby przez lekarzy i o dalszym przebiegu epidemii donosić Namiestnictwu w 4-go tygodniowym raporcie.

Także należy podawać ilość leczonych chorych na influenzę w szpitalach.

Lwów, dnia 19 stycznia 1890. W zastępstwie: *Lidl.*

VIII. Wiadomosci bieżące.

* **Kraków** 6 stycznia. Na wczorajszem posiedzeniu Towarzystwa lek. przewodniczący przedstawił gościa Dra Karczewskiego z Kowanówka, a jednogłośnie wybrano czynnym członkiem Towarzystwa Dra Kazimierza Kadena. Następnie kol. Krokiewicz przedstawił część skóry chorego, który na całem ciele okazywał bardzo liczne włókniaki, a Dr. Surzycki przedstawił dwie chore z kliniki prof. Korczyńskiego, cierpiące na *gastrorhoea acida*. Prof. Rydygier okazał kobietę 23-letnią z cystą mleczną, prawie cały sutek lewy zajmującą.

* W Petersburgu postanowiono wydawać „gazetę szpitalną Botkina.“

* **Wiadomości uniwersyteckie. Monachijum.** Prof. medycyny sądowéj Martin przeniesiony został w stan spoczynku. Chorego prof. Nussbauma zastępować będzie prof. Angerer.— **Würzburg.** Dr. Heim habilitował się jako docent hygieny. — **Wiedeń.** Drowie Ulmann, Eiselsberg, Salzer i Fränkel habilitowali się jako docenci prywatni chirurgii, lekarz pułkowy Dr. Pick jako docent pryw. medycyny wewn.

* **Odznaczenie.** Prof. Janovsky w Pradze czeskiéj mianowany został członkiem koresp. Towarzystwa dla chorób skórnych i wener. w Paryżu.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Mieczysław Konrad Palka osiadł jako lekarz miejski w Radłowie (pow. brzeski), a Dr. Cyryl Dolnicki jako lekarz praktyczny w Glinianach (pow. przemyślański).—Stopień Dra w. nauk. lek. otrzymał w Uniw. Jag. p. Izak Hirsch, rodem z Tarnowa.

* **Zmarli:** Prof. Karol Fryderyk Oton Westphal. Urodzony w Berlinie d. 23 marca 1833, tamże kończył nauki lekarskie i był asystentem Idelera i Griesingera. W roku 1861 habilitował się jako docent psychijatryi, a w r. 1869 po śmierci Griesingera mianowany został nadzw., a w r. 1874 zwyczajnym profesorem psychijatryi i chorób nerwowych, tajnym radzcą lekarskim i członkiem Deputacyi umiejętnéj. Liczne jego prace naukowe, umieszczane głównie w *Archiv f. Psych.*, poświęcone były przeważnie chorobom rdzenia i niedołęztwu porażennemu, któréj to choroby sam padł ofiarą. Od niego pochodzi pierwszy opis agorafobii i on pierwszy zwrócił uwagę na objaw kolanowy. Ojciec jego również był lekarzem w Berlinie i umarł w roku 1879. — W Kijowie Dr. Zubowski okręgowy inspektor woj. lekarski. — W Zurychu prof. Henryk Frey (urodzony w Frankfurcie nad Men. w r. 1822, był asystentem Schönleina w Berlinie, docentem prywatnym w Gietyndze, a od r. 1848 profesorem w Zurychu. Znane są dzieła jego o anatomii porównawczéj zwierząt bezkręgowych, o histologii, mikroskopie itd.).—W Londynie baron Wilhelm Withey Gull, lekarz przyboczny królowéj, b. profesor fizyjologii, honorowy Dr. prawa uniwersytetów w Oxfordzie, Cambridge i Edinburgu, urodzony w r. 1816. — W Paryżu Dr. Ferdynand Dreyfous z influenzy w 39 roku życia. — W Białocerkwi Dr. Wilhelm Franciszek de l'Arbre, a w Krakowie Dr. Stanisław Śmietana, lekarz starszy w obronie krajowéj, licząc lat 30. — W Zabłotowie Dr. Leon Horn, lek. miejski i kolejowy. — W Dorpacie prof. Wahl wskutek przejechania. — W Wiedniu Dr. Jakób Hock, docent prywat. okulistyki, urodzony w Pradze w r. 1831, uczeń E. Jägera, autor licznych rozpraw fachowych.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich

W *Wiadom. Lek.* z. 18: Mossinga: *Pro morituris*; — W *Gazecie Lek.* Nr. 5: Sokołowskiego: Uwagi nad charakterem panującéj w końcu r. z. w Warszawie influenzy; Herynga: O wynikach chirurg. leczenia suchot krtani (c. d.). — W *Zdrowiu* Nr. 52: Malinowskiego: Influenza w Warszawie; Ciemniewskiego: O małżeństwach w Warszawie; Bujwida: Rys zasad bakteryjologii. — W *Medycynie* Nr. 5: Tymowskiego: O lecznictwie przyczynowem; Boryssowicza: Zmiany w badaniu niktórych narzędzi gynjatrycznych.

Redakcyja otrzymała:

Dr. HEWELKE (Warszawa): Przypadek pseudoleukemii z gorączką okresową, in 8-vo, str. 8 z tabl. — Dr. MISURACA (Palermo): Sulla produzione dei cristalli di emina del sangue in putrefazione, Milano 1889 (in 8-vo, str. 16). — Tenże: Sulla influenza dei colori derivati del catrame sul sangue, Palermo 1889, (in 8-vo str. 14).—Tenże: Un caso di avvelenamento per crithmum maritimum, Palermo 1889 (in 8-vo, 4. — Tenże: Sull'azione dei colori derivati del catrame sul sangue, Palermo 1889, (in 8-vo, str. 9). — Dr. Karol CHODOUNSKY: Nĕkteré základní rysy theoretické farmakologie. (Cást prvá). (Odbicie z *Sbornika lekarskiego* v Praze, 1889, (in 8-vo, str. 52). — Dr. H. HAGERA: Mikroskop i jego użycie, według 7-go wydania tłom. przez J. W. Radwańskiego Mra farmacyi, w Krakowie 1890, in 8-vo, str. 227. — Dr. J. KARLIŃSKI: Przyczynek do znajomości zachowania się prątków durowych w ropie. (Odb. z *Przeglądu Lek.* 1890), in 8-vo, str 10.

Sprostowanie. W Nrze 2, str. 26, szp. 2, w. 13 od góry zamiast teczówkę, powinno być spojówkę; w. 15 zamiast obniżonéj pow. być obnażonéj; str. 24, szp. 2, w. 3 od góry zamiast drutem powinno być dłutem.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KOMISYJA PRZEMYSŁOWA TOW. LEK. KRAK.

na podstawie uchwał tegoż Towarzystwa

poleca następujące wyroby i przetwory:

1. **Bulijon** p. A. Solkowskiego w Krysowicach poczta Mościska.
2. **Chleb Grahama** p. G. Barucha w Podgórzu.
3. **Jarzyny suszone** pp. Seelinga w Izdebniku.
4. **Jarzyny i owoce suszone** p. Różańskiego i Sp. w Bochni.
5. **Kakao proszkowane i czekoladę** wyrobu P. Henryka Tretera we Lwowie.
6. **Kapsułki elastyczne** (z olejkiem rycynowym, tranem, balsamem kopaiwianym, tranem żelazistym i t. p.) wyrobu p. Kotowicza w Krakowie i **Kapsułki** (z olejkiem rycynowym i z tranem itp.) wyrobu p. M. Zahradnika, aptekarza w Jezierny.
7. **Kefir** p. apt. Sobierajskiego w Krakowie i p. St. Wolańskiego we Lwowie.
8. **Kołaczyki** (Tabletki) z uretanu, pr. korz. rzewniowego, pr. listków senesowych, z sublimatu do opatrunków chirurgicznych itp. wyrobu apt. p. K. Wiszniewskiego w Krakowie.
9. **Krowiankę** pp. Freysingera w Lisku i Kubickiego we Lwowie.
10. **Mleko** z obory pp. St. Homolacsa w Gnojniku, St. Niedzielskiego w Śledziejowicach i St. Żeleńskiego w Grodkowicach.
11. **Olejek z sosny karłowatéj polskiéj** *(Oleum pini pumilionis polonicum)* p. apt. Nitribitta w Krynicy.
12. **Papierki synapismowe** na podobieństwo papierków Rigollota wyrobu p. Lebensteina na Zwierzyńcu pod Krakowem.
13. **Pastylki z nitrogliceryną** p. Mutniańskiego apt. w Warszawie i pp. Kowalskiego i Bełdowskiego apt. w Krakowie.
14. **Pigułki** p. A. Mańkowskiego apt. w Przemyślu (z arsenianem sodowym, chlorkiem morfinu, z siarkanem atropinu, z wyciągiem makowca, kreozotowe bezwonne, z kw arsenawym i kreozotem i perełki chloralowe).
15. **Piwo słodowe** wyrobu p. K. Wiszniewskiego apt. w Krakowie.
16. **Placuszki** (t. z. Albertki) z mąki razowéj p. Czyńskiego w Jarosławiu.
17. **Plastry smarowane** (empl. adhaesivum ext., hydrargyri ext. diachyli comp. ext., cantharidum ext., thapsiae, de Vigo cum et sine mercurio, empl. Schiffenhauseni, papier Wlinsi, kataplasmy Hamiltona) pp. Trzcińskiego i Urbanowicza w Warszawie.
18. **Przetwory farmaceutyczne** (empl. diachyli s., extr. mal. ferri, resina jalapae i t. p.) p. Zieniewicza apt. w Brzostku.
19. **Przybory opatrunkowe chirurgiczne** p. Dobrowolskiego w Krakowie.
20. **Stożki mentolowe** p. apt. Sobierajskiego w Krakowie.
21. **Sztuczne wody mineralne** (Bilińska, jodowa, litowa, Selterska, Vichy, żelazista) pp. Rzący i Chmurskiego w Krakowie.
22. **Tamar indien** wyrobu apt. p. Sobierajskiego w Krakowie
23. **Wina lecznicze** wyrobu p. Kalickiego apt. w Przemyślu.
24. **Wyciąg słodowy** p. J. Götza w Okocimie i p. Trąbczyńskiego w Winiarach pod Kaliszem.
25. **Wodę sodową zwykłą, higijeniczną i wodę sodową kwaśną**, jak niemniéj **wodę bromową** pp. Rzący i Chmurskiego w Krakowie.
26. **Wyciąg igliwiowy** p. Nitribitta apt. w Krynicy.
27. **Zioła lekarskie** zbioru i produkcyi p. Zieniewicza w Brzostku, p. Szybalskiego w Morawicy pod Krakowem i p. Żymirskiego w Lubaczowie.

6—5—5 *Prof. Dr. Korczyński.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 15 Lutego 1890. Nr. 7.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Skolijozy powstające wskutek niektórych cierpień układu nerwowego i mięśniowego.

Przez
R. Jasińskiego,
chirurga warszawskiego szpitala dla dzieci.

(Rzecz czytana na Zjeździe chirurgów w Krakowie w październiku 1889).

Kol. Bossowski wydrukował w lipcu 1889 piękną pracę o skolijozie. W pracy téj oprócz własnych poglądów i pomysłów autora znajdziecie też Szan. Panowie streszczenie najnowszych prac Nicoladoniego, Lorenza i Fischera, a ze streszczenia tego dowiecie się, jak stoi dzisiaj anatomija patologiczna bocznego skrzywienia kręgosłupa.

Co do genezy tego cierpienia, to przyznać należy, iż żaden ze znanych dotychczas poglądów nie ogarnia jeszcze dostatecznie przedmiotu i teoryje owe albo są nieuzasadnione, albo skręcają się w kierunku swym na jedną stronę, pomijając mnóstwo zjawisk klinicznych, zależnych od innych, nieuwzględnionych na razie przyczyn.

Teoryja Huetera, któréj nawet doświadczenia na królikach r o b i o n e p r z e z s a m e g o a u t o r a nie były w stanie dowieść, z łatwością daje się obalić spostrzeżeniami klinicznemi. Z praktyki własnéj udało mi się wynotować liczne przypadki wad rozwojowych mostka, żeber i klatki piersiowéj, w których nie było ani śladu skolijozy kręgosłupa, a z drugiéj strony dużo widziałem bocznych skrzywień stosu pacierzowego, które powstały już po ukończeniu rozwoju kośćca.

Tymczasem każda z takich teoryj, jak Guérina, Stromeyera, Malgaigne'a, Eulenburga i Landerera zdaniem mojem mieści w sobie nieraz dużo prawdy, chociaż żadna z nich nie jest wystarczającą. Szkoda więc, że prawie każdy nowy badacz odrzuca taką teoryję i krytykuje ją rozbiorem własnym objawów równoległych, lub w innych przypadkach obserwowanych, zamiast przyznać słuszność częściową każdéj z nich, a swemi osobistemi poglądami takowe tylko uzupełnić. Dzieje się to zazwyczaj dlatego, że prawie każdy z tych, co o skolijozie piszą, ma głównie na celu usprawiedliwienie własnéj nowéj, czy odnowionéj metody leczniczéj, opartéj na zwalczaniu jednego tylko objawu, lub jednéj *a priori* przyjętéj przyczyny ogólnéj. Pomijane tedy bywają prace nieraz bardzo ważne, jak: Kehlera (*Beiträge zur vergleichenden und experimentellen Geburtskunde. Versuche zur Erzeugung difformer Becken*), który przecinając rozmaite mięśnie, otrzymywał zmiany kształtu miednicy i następcze skrzywienia kręgosłupa; Fehlinga [1]), rzucająca światło na związek skolijozy z pierwotnemi u płodu znalezionemi zniekształtnieniami miednicy i objaśniająca dziedziczność niektórych skrzywień; Mortona [2]), objaśniająca o częstości różnicy w wymiarach kończyn dolnych i o wpływie tych różnic na wzrost krzywo podpartego kręgosłupa; Lessera [3]), praca doświadczalna, któréj wynikiem jest rozjaśnienie „jednéj z wielu“ przyczyn skolijozy, mianowicie wpływu, jaki wywiera na wzrost kręgosłupa nierównomierna działalność obu połów przepony.

Pominięte bywają i pomniejsze prace, chociaż z nich ważne nieraz terapeutyczne wskazówki niewątpliwie wypływają. Do tych ostatnich zaliczam śmiało moją własną rozprawkę o wadach wzroku, jako przyczynie skolijozy. Nie wspomina o niéj nikt, prawdopodobnie dla tego, że nie po niemiecku była drukowaną.

Wyróżniła się też w ostatnich czasach skolijoza t. zw. nawykowa z pośród szeregu licznych swych towarzyszek i samowładnie zajęła umysły badaczów, którzy w pracach swych pomijają wszelkie inne boczne skrzywienia kręgosłupa. Dla chirurga jest to zjawisko nieprzyjemne, specyjalne bowiem monografije czy podręczniki takie nie pomagają mu w studyjowaniu licznych przypadków cierpień kręgosłupa, które w praktyce napotyka. Nie o skolijozie w ogóle mam teraz zamiar mówić, lecz o pokrewnych z nią bocznych skrzywieniach tułowia.

[1]) Fehling. *Die Form des Beckens beim Fötus und Neugeborenen* (*Archiv f. Gynäkologie Bd.* X, H. 1.— [2]) Morton. *Asymmetry of the lower limbs as a cause of lateral spinal curvature.* (*American journal of medical sciences. April* 1875.) — [3]) Lesser. *Experimentelles u klinisches über Skoliose. Virchows Archiv für path. Anatomie u. Physiolog.* 1889, B. CXIII, H. 1.

Postanowiłem w przemówieniu dzisiejszem w krótkich słowach zwrócić uwagę Szan. Panów na niejedne z takich właśnie skrzywień kręgosłupa, które prawie nic wspólnego nie mają ze skolijozą habitualną, a jednak niepodobna uważać je za zjawiska wyjątkowo rzadkie. Pominąwszy zupełnie lata ubiegłe, wspomnę tylko, że w roku bieżącym, t. j. od dnia 1 stycznia 1889 roku aż po datę dzisiejszą, czyli do 1 października 1889, w mojéj książce klinicznéj zapisanych mam 102 przyp. (nowych) bocznego skrzywienia kręgosłupa. Nie liczę tu wcale przypadków obserwowanych przezemnie w oddziale chirurgicznym warszawskiego szpitala dla dzieci i w ambulatoryjum tegoż szpitala.

Otóż w tym samym przeciągu czasu obserwowałem: 2 przypadki skolijozy zależnéj od zapalenia nerwu (*ischias scoliotica*), 1 zależny od *dystrophia muscularis progressiva*, a jeden od dziwnéj postaci ogólnéj dyskinezy, przypominającéj nieco pląsawicę.

Ischias scoliotica.

Z powodu skolijozy przez cierpienie nerwu kulszowego wywoływanéj znowu zwrócić muszę uwagę na tę okoliczność, że gdyby Charcot uwzględnił był prace Alberta i Nicoladoniego, to nie twierdziłby wcale, iż on pierwszy zauważył i wyjaśnił sprawę, o któréj mowa.

W przebiegu niektórych postaci nerwobólu kulszowego występuje typowa forma skolijozy pochyłéj, którą od niedawnego czasu zajmować się poczęto. Przypadków dotąd opisanych znalazłem w dostępnych mi publikacyjach lekarskich 14. Dołączam do nich 2 spostrzeżenia własne z roku bieżącego i 2 także własne z lat minionych.

Oceniając należycie wartość czasu na Zjeździe, pozwolę sobie ominąć szczegóły historyczne téj sprawy, i poprzestanę na streszczeniu ostatniéj pracy dotyczącéj *ischias scoliotica*, mianowicie pracy Schüdela [1]).

Przy nerwobólu kulszowym połączonym ze skolijozą zajęte są cierpieniem włókna czuciowe, idące w gałęziach nerwów ruchowych, przeważnie tych, które zaopatrują przyczepy mięśni do miednicy. Z tego powodu kurczenie się tych mięśni jest bolesne, chory unika takowego, a wreszcie wywołać go nie jest w możności. Anomalije postawy zależą tu od stosunkowéj niesprawności powyższych mięśni wywołanéj cierpieniem nerwów kończących się w tych muskułach. W przypadkach typowych zawsze nerwy lędźwiowe zajęte są cierpieniem, chociaż w niektórych razach cierpienie samego splotu kulszowego sprowadzić może lekką skolijozę. Bierne prostowanie (rozciągnięcie) chorych mięśni wpływa kojąco, przez zmniejszenie bólu i zapewnienie spokoju. To bierne rozciąganie chorego mięśnia wykonywa sam chory bezwiednie i w ten sposób naraża się na powstawanie skolijozy typowéj. Nie chodzi tu o cierpienie samego mięśnia, jak w *myositis rheumatica*, gdyż wtedy każde rozciągnięcie takowego ból by tylko zwiększyć mogło. Tutaj nie muskuł, lecz końcowe gałązki nerwów czuciowych, biegnących wraz z ruchowemi, cierpieniem są zajęte.

Dowody na powyższą teoryję są jasne i przekonywające i tak:

Miednica jest po stronie choréj nieco podniesiona i ku tyłowi trzymana; ta strona pośladków jest wypuklejsza niż zdrowa, wgłębienie fizyjologiczne nad krętarzem wielkim prawie wypełnione. Noga chora stoi na ziemi nieco na zewnątrz i w tył odstawiona, w biodrze i kolanie zazwyczaj lekko zgięta. Wchodzą tu w grę następujące mięśnie: krzyżolędźwiowy, czyli *erector trunci*, *quadratus lumborum*, *glutaei*, *pyriformis*, *gemelli* i *obturator internus*.

Tułów pochylony na bok i nieco naprzód (*kyphoscoliosis*), nieco skręcony, a po stronie choréj masa mięśnia krzyżolędźwiowego podniesiona jest przez wyrostki poprzeczne. *Erector trunci* i *quadratus lumborum* po choréj stronie wcale nie działa, a tułów utrzymany zostaje działaniem tegoż mięśnia strony przeciwnéj. Fakt ten wystarcza, żeby wywołać skolijozę wypukłą po stronie choréj, ucisnąć wyrostki poprzeczne po zdrowéj tak, że przeciwległe podnoszą masę mięśniową (*strophosis*); kifozę części lędźwiowéj objaśniamy wprost brakiem lordozy, a brak ten zależy od zaburzonéj wspólności obu *erectores* w działaniu. Jeżeli staramy się wyprostować takiego chorego (w okresie trwania *neuritis*), to poczynają pojawiać się w mięśniu krzyżolędźwiowym odruchowe targania, wywołujące ból w nerwie kulszowym. Mięśnie strony zdrowéj znajdują się nie w przykurczeniu patologicznem (Babiński), lecz we fizyjologicznym skurczu i dlatego pacyjent cały pochyla się naprzód, żeby nie dopuszczać maksymalnego kurczenia się tego muskulu. Jednocześnie przez pochylenie się naprzód utrzymuje mięsień chory w pewnym stopniu napięcia (oddalając przyczepy jego). W ten sposób rozciągnięty mięsień zabezpieczony jest od mimowolnych drobnych skurczów, wywołujących odruchowo napad nerwobólu kulszowego. Jakiż jest związek między nerwami lędźwiowemi, zaopatrującemi mięśnie dźwigacze tułowia, a nerwem kulszowym? Hyrtl (*Lehrbuch der Anatomie* s. 930) powiada, że wątłe gałązki, idące od 1, 2, 3 i 4 nerwu krzyżowego, udają się przez dziury krzyżowe tylne ku tyłowi i tam łączą się cieniutkiemi wstępującemi i zstępującemi nićmi w wąski i nie okazały „splot krzyżowy tylny", z którego wychodzą nerwy czuciowe, przebijające początek mięśnia pośladkowego wielkiego, a przeznaczone dla skóry okolicy krzyżowéj i ogonowéj.

Na preparatach podanych przez Schüdela widać anastomozy wstępujące, które ostatnią nawet gałązkę łączą z górną t. j. pierwszą. Ta pierwsza powstaje prawie przy samem wyjściu nerwu krzyżowego drugiego przez *foramen sacrale anticum*, przebiega ku tyłowi i dzieli się na dwie gałęzie, dolną bardzo wątłą i górną grubszą, która wchodzi w mięsień krzyżolędźwiowy. Anastomozy od gałązek dolnych widocznie służą do wzmocnienia téj gałęzi, która zaopatruje we włókna czuciowe dolną część *musculi sacrolumbalis*. Anastomoza *a* przynosi prawdopodobnie owe włókna czuciowe ruchoméj gałązce 1-éj. Bez przyjęcia udziału nerwów lędźwiowych może tedy powstać cierpienie mięśnia *sacrolumbalis* przy zajęciu nerwu kulszowego i splotu krzyżowego. Gałązki, o których mowa, objaśniają nam niezwykły przy *ischias* punkt bolesny między chrząstkozrostem krzyżobiodrowym a wyrostkami ciernistemi kości krzyżowéj i kręgów lędźwiowych. *Quadratus lumborum* zdrów jest, ale stara się ochronić tułów od zaburzeń w równowadze i ogranicza skurczem swym skolijozę tak, jak choremu jest najlepiéj. *Longissimus dorsi* nie bierze na siebie roli *musculi sacrolumbalis*, boby popsuł napięcie tego ostatniego, zabezpieczające od bolesnych skurczeń.

Za pomocą téj teoryi z łatwością można objaśnić każdy najdrobniejszy objaw tego cierpienia.

Przypadki spostrzegane przezemnie w każdym szczególe odpowiadają opisowi powyżéj podanemu, pomijam więc drobiazgowe opisy. (Tu nastąpiło demonstrowanie odpowiednich fotogramów).

[1]) Schüdel. *Ueber Ischias scoliotica. Archiv f. klin. Chirurgie Langenbecka* t. 38, z. 1.

Scoliosis ex paresoanalgesia (Morvan).

Cierpienia stawów, jak Szan. Panom wiadomo, zdarzają się zarówno w *tabes*, jak i w t. zw. pareso-analgezyi. Otóż w tem ostatniem cierpieniu zdarza się też specyjalna skolijoza. Pierwszy o tem wspomnieli Broca i Prouff, a w październiku roku zeszłego (1887) bardzo zajmujący o tem traktat wyszedł z pod pióra Morvana [1]).

Z 12 chorych badanych w tym celu u 6 znalazł skolijozę, a u 6 nie.

1) mężczyzna, początek choroby w kończynie górnéj prawéj. Skolijoza wyraźna, zajmująca całą okolicę grzbietową z wypukłością prawostronną.

2) Kobieta, pocz. chor. w kończynie górnéj lewéj. Skolijoza grzbietowa prawostronna mniejsza, ale wyraźna.

3) Mężczyzna, pocz. chor. w kończ. górnéj lewéj. Skolijoza grzbietowa prawostronna bardzo znaczna.

4) Mężczyzna, pocz. chor. w kończ. górnéj prawéj. Skolijoza grzbietowa prawostronna, z największą wypukłością w górnéj części grzbietu.

5) Mężczyzna, pocz. jak wyżéj. Skolijoza grzbiet. prawostronna mniejsza.

6) Jak wyżéj. Skolijoza jak wyżéj, lecz znaczniejsza.

Skolijoza tedy zawsze była grzbietowa prawostronna. Już Bouvier twierdził, że u osób starszych skolijoza w ogóle powstaje zawsze prawie w tym typie (38 razy na 40 przypadków). Skrzywienie takie zdarza się i u innych chorych (n. p. u suchotników), ale nie w tak częsty sposób jak w parezoanalgezyi. Zdarza się ono w rozmaitych okresach tego cierpienia i nie jest w związku z objawami artropatycznemi, występuje najczęściéj wtedy, gdy choroba rozpoczęła się od ręki prawéj (na 8 znanych przypadków jest takich 6), sama choroba częściéj bywa u mężczyzn niż u kobiet (13 m. + 5 kobiet = 18), u pierwszych daleko częściéj rozpoczyna się od kończyny prawéj (8 praw. + 5 lew. = 13), a u kobiet od lewéj (1 praw. + 4 lew. = 5). Dla tego też skolijoza, o któréj mowa, częstszą bywa u mężczyzn (6 męż. + 2 kobiety = 8).

Broca i Prouff (2 przyp.) mówią, że chorzy opowiadali im, jakoby skolijoza miała powstawać u nich wcześniéj, niż parezoanalgezyja. Z chorych Morvana ani jeden nie wiedział, że ma skrzywienie kręgosłupa, rozumuje on jednak w następujący sposób:

Nikt pewnie nie widział, żeby zwyczajne skolijozy wywoływać mogły parezoanalgezyję, lub zastrzały, pęknięcia i objawy artropatyczne. (Ja sam widuję około 200 przypadków skolijozy rocznie, a nic podobnego nie zauważyłem). Jeżeliby przypuścić, że Broca i Prouff mają racyję, gdy podejrzywają, iż skolijoza była przyczyną choroby, to należałoby sądzić, że wywołuje ona przeważnie tylko prawostronne cierpienia, gdy dla lewostronnego cierpienia, przy którem rzadko ją spotkać można, musielibyśmy innéj doszukiwać się przyczyny.

Woli więc Morvan zaliczyć tę skolijozę do szeregu zmian troficznych, zdarzających się w chorobie w mowie będącéj, jako to: zastrzałka, cierpień stawowych, złamań samowolnych i wytwarzania się kostniaków *(osteophytes)*. Objawy te jednak występują na terytoryjach, obsługiwanych przez te nerwy, które wychodzą z chorego miejsca rdzenia, a więc z nabrzmienia szyjowego między 6-tą parą nerwów szyjowych, a 1-szą grzbietowych. Trudno więc objaśnić sobie, dla czego powstaje krzywizna o łuku zajmującym całą część grzbietową kręgosłupa. Wiadomo jednak, że cierpienie mleczа może się z powyżéj wskazanego miejsca rozszerzać i opuszczać. Najczęściéj przechodzi z nabrzmienia szyjowego na lędźwiowe, oszczędzając części pośrednie. Pytanie jednak, czy oszczędzając nerwy ruchowe i czuciowe, nie zajmuje swoją drogą nerwów troficznych. Są to hypotezy, a wyjaśnienie sposobu powstawania skolijozy w parezoanalgezyi jest rzeczą przyszłości. (Dok. nast.)

[1]) Morvan. *De la Scoliose dans la Paréso-analgésie. Gazette hébdomadaire* 1887, Nr. 41, str. 664.

II. Orzeczenia sądowo-lekarskie Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Seryja druga.

XVIII.

Śmierć naturalna, czy z uduszenia.

Podał

Prof. Dr. Blumenstok.

W ostatnich dniach stycznia 1889 r., Jan T., stolarz z W. doniósł sądowi, że żona jego Tekla T., lat 30 do 33 liczyć mogąca, w połowie lipca 1888 r. bez jego wiedzy wydaliła się z W.; dniem wprzódy wydalił się był szwagier jego Antoni S., udając się podobno na robotę do Krakowa. Tekla T. miała mieć przy sobie około 1200 złr. Antoni S. był nieobecny do września 1888 r., w ciągu tych kilku miesięcy posyłał żonie swéj do 200 złr., a powróciwszy do domu miał przy sobie oprócz złotego zegarka z łańcuszkiem i inne kosztowności, a na zapytanie o pobyt Tekli S., podawał, że jéj wcale nie widział. Tak samo twierdził wobec Sądu, przesłuchany dnia 31 stycznia. Śledztwo atoli sprawdziło, że posądzony bawił z Teklą T. przez 4 tygodnie w Krakowie, zkąd robili wycieczki do Kalwaryi; następnie mieszkali przez 3 tygodnie w G. Dnia 13 września widziano ich we Lwowie, i sprawdzono, że tegoż dnia Tekla T. podniosła z kasy oszczędności przeszło 1000 złr. Odtąd zaginął wszelki ślad po Tekli T. Gdy nadto stwierdzono, że Antoni S. we wrześniu sprzedawał w Przemyślu suknie, pościel i kosztowności Tekli T., podejrzenie, że ostatnia sprzątnięta została w sposób tajemniczy i że sprawcą jéj śmierci był Antoni S., stało się tem silniejszem, a mimo to posądzony trwał uporczywie przy swojem tłumaczeniu; przyznał tylko, że w Krakowie spotkał się przypadkiem z Teklą, ale widział się z nią krótko; w Krakowie i Przemyślu pracował u rzemieślników, w pierwszem mieście nadto miał wygrać na loteryi większą sumę.

Sędzia śledczy wtedy kazał sporządzić fotogram posądzonego i w dziennikach publicznych ogłosił fakt zniknięcia Tekli T., prosząc o udzielenie wiadomości o jéj losie. Rysopis jéj opiewał: wzrost średni, włosy jasne, oczy niebieskie, twarz ściągła i chuda, cera blada, tusza dość dobra, na szyi brodawka.

Wskutek tego orzeczenia doszły sędziego rozmaite doniesienia i wskazówki, pomiędzy innemi nawet list z Berna morawskiego; wszystkie te doniesienia atoli okazały się jako nie mające żadnego związku ze sprawą. Dnia 24 kwietnia wreszcie otrzymał sędzia śledczy list bezimienny z miasta B. w Galicyi treści następującéj:

„W 2-iéj połowie września 1888 roku przybyło pewnego „dnia rannym pociągiem o godzinie 3-iéj dwoje osób, mężczyzna i kobieta młoda powyżéj lat 30 wieku i umieścili „się chwilowo w poczekalni 3-ciéj kl. na dworcu kolei w B. „Mężczyzna opowiadał przed ludźmi kolejowymi, że mają „oboje jechać do Rosyi. Rano wybrali się oboje na spacer, „widziano ich w okolicy dworca, gdzie do budnika wstąpili. „Ztamtąd powrócili znów do poczekalni, gdzie już do wieczora przesiedzieli. Wieczorem wybrali się znowu na spacer. „Około godziny 9-téj wieczorem wrócił towarzysz wspomnianéj kobiety sam na dworzec, spiesząc po drugiem dzwonieniu, aby mógł wrócić w kierunku do Lwowa. Nie nagabnięty „przez nikogo siadł szybko do wagonu 3-iéj kl. i odjechał. „Dnia następnego udał się budnik ów po siano do szopki, „która stoi w pobliżu budki i znalazł powyżéj wspomnianą „kobietę nieżywą w szopie sianem przykrytą. Doniosł o tem „naczelnikowi stacyi, a ten Sądowi, który zarządził oględziny „sądowo-lekarskie. Czy te wykryły przyczynę śmierci ko-

„biety, niewiadomo. Rzeczy téj nieszczęśliwéj miały zostać „na kolei“.

Rozchodziło się teraz o sprawdzenie wiarogodności tego bezimiennego doniesienia, a następnie o sprawdzenie tożsamości osoby.

Na rekwizycyję sędziego śledczego Sąd w B. dnia 20 go kwietnia 1889 roku przesłał akta owego dochodzenia, razem z dwoma fotogramami zdjętemi z owéj kobiety, którą zmarłą znaleziono w szopie budnika; a równocześnie na podstawie fotogramu Antoniego S., przesłanego sobie razem z rekwizycyją sędziego śledczego, na podstawie zeznań budnika, jego żony i córki oraz restauratorki sprawdził tożsamość Antoniego S. z owym mężczyzną, w towarzystwie którego osoby te widziały na dworcu kobietę, którą następnego dnia znaleziono w szopie budnika.

Z aktów dochodzenia w B. dowiedziano się następujących szczegółów:

Dnia 15 września 1888 r. rewizor policyi w B. donosi, że budnik F. znalazł w słomie ukryte zwłoki kobiety nieznajoméj.

Tegoż dnia komisyja sądowa udała się do szopki, gdzie stała do chwili jéj przybycia warta. Po otwarciu drzwiczek 1 metr 45 cent. wysokich, zamykających się tylko na rodzaj zasówki drewnianéj z zewnątrz spostrzeżono we wnętrzu takowéj na sianie leżącą na wznak kobietę, któréj twarzy jednak widzieć nie było można, bo takowa jakoteż i kadłub aż do pasa przykryte były chustką wełnianą zieloną, a nadto jeszcze warstwą sianą przysypana. Widzialne tylko były na pierwszy rzut oka nogi w czerwone pończochy i sztyflety ubrane, tudzież kawałek spodnicy brudno żółtawo czekoladowego koloru, a z pod chustki zielonéj i siana wyglądała prawa ręka nie zaciśniona, z dłonią ku górze otwartą. Obok zwłok w nogach widzieć można koszyczek z kawałkiem chleba, śliwkami, orzechami, różańcem do modlenia, kozikiem małym i flaszeczką z jakimś czarnym płynem, tudzież kawałkiem czerwonéj szmatki, a w papierze zawiniętem mydłem; nadto obok koszyka postawiony na sianie parasol czarny z rączką ku ziemi, daléj razem w jednem miejscu dwie chusteczki, spodnica, kaftanik itd.

Po zdjęciu siana i owéj chustki z ciała widziano twarz kobiety nieznanéj, mającéj głowę chustką zawiniętą, pod brodą związaną, a na szyi spostrzeżono ślady od duszenia pochodzące, tudzież ranę, lecz nie krwawiącą, z lewéj strony; **wogóle nie znaleziono** ani na szatach zwłok, ani na sianie **żadnych śladów krwi**.

W szopce owéj, któréj powałą jest dach spadzisto ku przeciwnéj stronie od wchodu idący, jest tak mało miejsca, że w takowéj stać wyprostowanym nie można, a tylko człowiek dorosły klęcząc i na kolanach czołgając się może cały do środka wleść, a najwięcéj dwoje ludzi mogło się w środku pomieścić, zaś wytłoczone od strony wchodu obok zwłok z prawéj strony miejsce w sianie wskazuje, iż ktoś drugi leżeć musiał. Czy owéj kobiecie zadano gwałt w owéj właśnie szopce, skonstatować tego nie było można, prawdopodobieństwo zaś przemawia za tem, że sprawca leżąc na owem wtłoczonem w sianie po prawéj ręce od trupa miejscu lub na niem, co mimo niskości dachu możliwem jest, czyn swój wykonał, a jak się z położenia trupa domyśleć można, musiał to zrobić bardzo prędko i bez wielkiego oporu ze strony poszkodowanéj, bo koszyczek leżał u nóg trupa tak, jakby go kto położył nie przewrócony, parasol stał ku górze na ścianie, a w nogach była niska warstwa ściany siana, które przy poruszaniu nogami byłoby z pewnością upadło i nogi sobą pokryło, które jednak zupełnie odkryte znaleziono. Prawdopodobieństwo przemawia za tem, że ofiara obrała sobie sama ową szopkę jeszcze za życia na nocleg, że w niéj przed ułożeniem się do spania zdjęła ową suknię bronzową i kaftanik tudzież różowy fartuszek, a została tylko w koszuli i spodnicy czekoladowego koloru i kaftaniku, zaś chustka wełniana służyć musiała do przykrycia.

Z powodu, iż w szopce owéj stosunkowo wiele było siana, a dach spadzisty nisko przebiega, zaś trupa zastano daleko w głąb szopki tuż pod dach zasuniętego, przemawia prawdopodobieństwo za tem, iż kobieta owa sama do wnętrza szopki wlazła i to prawdopodobnie raczkując zasunęła się tak głęboko, a nie iżby ją ktoś już po śmierci tam wciągnąć mógł, bo w danym razie mógłby był tylko trupa wepchać do środka, nie zaś wciągnąć go, gdyż przy pchaniu trupa do środka byłoby siano ponad głowę zbite, czego jednak na miejscu nie znaleziono, siano bowiem było wiotkie. Od szopki owéj mieszczącéj prócz tego w sobie za ścianą chlew, który próżny zastano, stoi na południe w oddaleniu 5 metrów, 20 centimetrów mieszkanie budnika kolejowego F. przez tegoż zamieszkałe, z którego ku stronie owéj szopki wychodzą z jednéj strony wschodniéj drzwi, zaś z drugiéj północnéj strony okna od pokoju mieszkalnego i kuchni. W oddaleniu zaś na 3 metry 36 cent. od owéj szopki na wschód przebiega droga publiczna zasuwą kolejową zamykana

Po wyjęciu trupa ze szopki przetrząśnięto wszystko siano wewnątrz będące, niczego jednak prócz wyż podanych rzeczy nie znaleziono. Zwłoki kobiety owéj oddano do kostnicy, polecając zwierzchności gminnéj, aby aż do przedsięwzięcia sekcyi ustawiła koło trupa wartę.

Dnia 16 września 1888 r. po zdjęciu 2 fotogramów ze zmarłéj odbyto sekcyję sądową (Dr. A. chir. B.) i spisano następujący protokół:

Oględziny zewnętrzne. 1) Kobieta wzrostu słusznego, budowy silnéj, barczysta, o włosach blond, 20 kilka lat liczyć mogąca. 2) Twarz mocno obrzmiała, zaczerwieniona, usta lekko sinawe. Z nozdrzy, to jest otworów nosowych, tudzież z jamy ust wypływa krew płynna spieniona. 3) Prawe ucho zatkane watą, w obu kulczyki złote. 4) Na szyi od przodu znachodzą się 2 rany w pośrodku, a to górna nieco od góry ku dołowi i zewnątrz więcéj ku prawéj stronie skierowana, dolna o blisko $1/2$ ctm. niżéj położona więcéj po stronie lewéj w kierunku czysto poziomym. Rana górna jest 5 ctm. długa, zaś rana dolna 4 ctm. Obie rany są tylko powierzchowne, przechodzą tylko przez grubość skóry i tkankę łączną podskórną nie nadwerężając atoli ani mięśni na szyi położonych, a tem mniéj krtani. 5) Brzuch wzdęty szczególnie w dolnéj części na podobieństwo, jak gdyby osoba w ciąży się znajdowała. Ze szpary sromowej wypływa po rozwarciu téjże dość spora ilość śluzu ropiastego (upławy białe). 7) Plecy okazują rozległe plamy pośmiertne. 7) Na reszcie ciała nie daje się uważać zresztą nic uwagi godnego.

Oględziny wewnętrzne. 8) Po przecięciu skóry głowowéj wypływa przy zdejmowaniu takowéj znaczna ilość krwi płynnéj ciemnéj. 9) Kości czaszki średniéj grubości, nigdzie nie uszkodzone, ich diploe miernie krwią przesiąkła 10) Opony mózgowe miernie napięte, połyskujące, do kości czaszki i do opon miękkich nie przyrosłe. Naczyń rozszerzonych żylnych tu nie ma. 11) Opony mózgowe miękkie nie zgrubiałe, nie zmętniałe, łatwo od mózgu się oddzielające. 12) Mózg sam w istocie korowéj nieco przekrwiony, wiśniowo brunatny, część rdzenna nie zmieniona, w komórkach bocznych około 2 łyżeczek od kawy płynu wodojasnego, sploty naczyniowe rozdęte, i krwią przepełnione. 13) Jama ust próżna. 14) Wyjęta krtań okazuje błonę śluzową jednostajnie ciemno czerwonawą nieco obrzmiałą, na błonie téj wznosi się kilka pęcherzyków gnilnych wielkości główki szpilki. Takie samo ciemne zabarwienie błony śluzowéj znachodzi się w niższéj części tchawicy. 15) Oba płuca są do klatki piersiowéj przyrosłe, prawe atoli w rozmiarze większym, takowe jest też zabarwienia ciemniejszego, lewe zaś zabarwienia jaśniejszego, szarawo-stalowego, na przekroju wypływa krew płynna spieniona. Oba płuca są wszędzie w dotknięciu gębczaste 16) Osierdzie zawiera około 10 gram płynu wodo-jasnego. 17) Mięsień serca powiększonego [1]) mocno tłuszczem około naczyń wielkich przerosły, wiotki, na przekroju żółtawo czerwonawo szary, w przybliżeniu do wosku podobny. Szczególniéj ściana serca prawego jest wiotką i zaledwie na 4 do $4\frac{1}{2}$ milm. grubą. Mięsień cały jest kruchy i łatwo przedrzeć się dający. Tak w komórce prawéj jak w lewej tylko mała ilość krwi płyn-

[1]) Wyraz później dopisany.

néj. Zastawki są wszystkie domykalne. Błona wewnętrzna aorty wstępującéj gładka i połyskująca. 18) Przepona mocna do góry podniesiona. 19) Żołądek bardzo mocno wydęty w okolicy Cardia i od zewnątrz t. j. od strony otrzewnéj czerwono nastrzykany. Po otwarciu tegoż i wypuszczeniu smrodliwych gazów znachodzimy około 5 łyżek papki żółtawéj, w któréj resztki łupin ze śliwek spożytych odróżniać się dają. Błona śluzowa żołądka całego jest zgrubiałą i mierną ilością śluzu pokryta, w okolicy Cardia i w górnéj części żołądka mocno nastrzykana i wykazuje kilkanaście wybroczynek podśluzowych wielkości maku aż do wielkości główki od szpilki. Treść żołądka po podwiązaniu przełyku wyjęliśmy do naczynia nam przyniesionego celem umożliwienia ewentualnego rozbioru. 20) Wątroba brunatno czerwona, nieco powiększona o brzegach twardych, na przekroju mierną ilość krwi zawierająca. 21) Śledziona stalowo-szara, dość jędrna, na przekroju krew ciemną płynnawą wydzielająca. 22) Jelita zawierają treść papkowatą, niczem szczególniejszem się nie odznaczające, ich błona śluzowa blado-różowa. 23) Nerki obie wyjęte dają się tylko z trudnością odłączyć od swych tkanek właściwych (*tunica renum propria*), a to tak dalece, że części nerek samych zawsze się oddzierają i wraz z błoną odchodzą, istota nerek korowa wygląda więc tak z błony swéj obnażona, jakby nadziurkowana grudkowato, jest ona ciemno-czerwono-czarna, bardzo krucha, bo niemal w palcach się rozłażąca, istota rdzenna również czerwona odróżnia się od istoty korowéj tak nieznacznie, że miejscami przejście jednéj substancyi w drugą z trudnością tylko rozpoznać się daje. Istota korowa jest przytem nieco obrzmiałą, t. j. grubszą i ponad cięciem reszty partyi lekko wzniosła. 24) Z jamy miednicy małéj wystaje macica w wielkości jabłka średniéj wielkości, w kierunku od góry ku dołowi wydłużonego. Po odpreparowaniu macicy od wiązadeł, od kiszki stolcowéj i od pęcherza przecięto takową, przyczem przekonano się, że jama téjże od przodu ku tyłowi spłaszczona, zawiera w obu kątach swych, gdzie jajowody się umieszczają, nieco śluzu. Pochwowa część macicy zwykłéj długości, pochwa pokryta śluzem zmętniałym, płynnym. 25) W pęcherzu zaledwie pół łyżki płynu żółtawego, zmętniałego.

Orzeczenie. 1) Nieznajoma nie zmarła wskutek czynów gwałtownych, t. j. wskutek urazu dokonanego od zewnątrz, z wyjątkiem bowiem ran skórnych na szyi (prot. l. 4) nie znaleziono zresztą żadnych znaków obrażenia lub gwałtu na zewnętrznych powłokach.

2) Śmierć nagła, jeżeli w ogólności śmierć u osób przedtem pozornie zdrowych w ciągu jednéj nocy wynikłą, jako taką nazwiemy, musiała mieć przeto inną przyczynę i to w zboczeniach wewnętrznych.

Nieznajoma cierpiała za życia na przewlekły nieżyt żołądka, pod koniec życia wybroczynkami krwawemi spotęgowany (prot. l. 19), na cierpienie nerek miąższowe na pół przewlekłe przebiegające (prot. l. 23) i rozszerzenie serca chorobą powyższą powodowane (prot. l. 17). Cierpienie nerek, o istnieniu i stopniu którego chora nawet wiedzieć nie potrzebowała, mieści w sobie zawsze cały szereg niebezpieczeństw dla życia, a każde z tychże może mianowicie po biesiadach, po nadmiarowem używaniu trunków, po znaczniejszem przeziębieniu lub innym wybryku stan ogólny nader groźnym uczynić, a nawet i życia pozbawić. Dzieje się to tem łatwiéj, im więcéj powikłania ze strony innych narządów (w tym razie rozszerzenie serca przy nikłości ścian tegoż) ewentualność niefortunną ułatwiają. Jednem z najwięcéj prawdopodobnych przyczyn śmierć nagłą w tym przypadku powodującą byłoby zatrucie krwi moczem: *uraemia*, która często, nagle i niespodziewanie występuje i życiu koniec kładzie. Przypadki takie są nietylko pod dostatkiem w literaturze znane, ale znam przypadki takie 3 i z własnéj prywatnéj praktyki z czasów dawniejszych, gdzie śmierć nagła nastąpiła w chwili, gdy chorego tylko za półchorego brano, gdy takowy krótko przedtem jeszcze chodził, a nawet umysł wesoły pozornie zachowywał. Za prawdopodobieństwem téj przyczyny śmierci przemawia: a) znaleziona w pęcherzu tylko bardzo mała ilość moczu zmętniałego (prot. l. 25); b) znaczniejsza ilość płynu w komórkach mózgowych (prot. l. 12); c) poprzedzająca pijatyka i spędzenie nocy zimnéj w komorze nie należycie osłonionéj.

3) Rany na szyi położone są wedle wszelkiego prawdopodobieństwa ranami przez zmarłą za życia samą zadanemi, która życie ukrócić sobie może chciała, trapiona cierpieniem swem przewlekłem, lub inną życie jéj wedle jéj wyobrażeń zatruwającą sprawą. Że rany te przez obcą nie zostały zadane ręką, naprowadza nas na myśl: a) że są od przodu położone (najczęstsze rany przez samobójców obierane), b) że są prawie równolegle do siebie położone, z tych górna nieco po stronie prawéj od przodu i góry nieco ku dołowi (dla samobójców władających ręką prawą najwygodniejsze cięcie), co świadczy, że je prowadziła ręka z spokojem na organizmie, również w spokoju leżącym), c) że są zbyt płytkie. Morderca chcący osobę życia pozbawić, robiłby cięcie głębokie do celu rychléj wiodące, a nie cięcia w skórze jak od zabawki, natomiast u samobójców są płytkie te rany dość częste ze względu, że bolesność nie dozwala często użyć większéj siły. Samobójca woli więc ranę powtórzyć jak na raz jedną głęboką zadać; d) wedle twierdzenia osób zmarłą tuż po śmierci oglądających rany na szyi miały być watą zatkane. Okoliczność ta również przemawia przeciw użyciu ręki obcéj, albowiem zbrodniarz na takich drobiazgowych opatrunkach czasu by zapewne nie tracił.

4) Z poglądem tym, że śmierć nieznanéj nie nastąpiła wskutek gwałtu obcą ręką zadanego, zgadzają się zresztą i podania, odnoszące się do stanu, w jakim zmarłą znaleźć miano. I tak znaleziono ją w komórce ciasnéj, wązkiéj i krótkiéj, komórka ta miała być tak krótką, że najmniejsze szamotanie się z przeciwnikiem musiałaby ściankę delikatną wywalić; parasolka, która przy niéj miała być znalezioną, miała być rączką ku dołowi zwróconą i tak ułożoną, w jakiem ułożeniu tylko najłatwiéj nieznajoma sama mogła to uczynić. Brak przedmiotowości właściwéj, albowiem nie była w ciąży (prot. l. 24), nie była pozbawioną kosztowności (prot. l. 3).

Wskutek tego orzeczenia stanowczego Sąd w B. zaniechał dalszego dochodzenia. (C. d. n.)

III. Z oddziału położniczo-ginekologicznego prof. Dra Madurowicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Sprawozdanie za rok 1887.

Podał
Dr. W. Harajewicz,
sekundaryjusz tego oddziału.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 6).

Zmiany chorobowe poza częściami rodnemi umieszczone i nie mające z niemi związku żadnego, były następujące: 1) *Febris intermittens* w połączeniu z gorączką, dreszczami i potami 9; 2) *Pleuropneumonia* 3; 3) *Erysipelas faciei* 1; 4) *Catarrhus apicis utr. pulm.* 1. Wszystkie połogi nieprawidłowe przebiegały z gorączką. Najczęstszą przyczyną tejże było zadrażnienie lub zapalenie tkanki macicznej, które albo bez dalszych następstw ustępowało, albo pozostawiało po sobie naciek i zgrubienie organu.

W 5 przypadkach wystąpiła gorączka u położnic skutkiem dłuższego zatrzymania stolca, stan nieprawidłowy jednak

ustępował najpóźniej po 3 dniach, gdy tylko fizyjologiczna funkcyja jelit przywróconą została.

Najdłuższy czas trwania gorączki wynosił 6 tygodni u chorej, która urodziwszy w klinice, tamże już zaniemogła i do szpitala po zamknięciu kliniki przeniesioną została. Kobieta ta wśród całego pobytu na oddziale położn. wpadała z jednej choroby w drugą tak, że przebyła *Peri et parametr. exsudativa, pleuropneumonia ambilateralis* i *nephritis parench. acuta.* Ciągłość tą następujących po sobie bezpośrednio chorób wskazywać tylko może na zakaźny charakter pierwotnego zapalenia tkaniny macicę otaczającej. Przeciętna liczba dni, w których gorączka występowała, wynosi 10.

Z wyżej wymienionych chorych, oprócz dwóch, które na inne oddziały przeniesionemi zostały, wszystkie opuściły zakład w dobrym stanie.

Pęknięcie międzykrocza wydarzyło się 16 razy, a z tego 2 przypadki podczas wydobywania płodu za pomocą kleszczy. Z wyjątkiem 4, do których wliczyć należy i 2 poprzednie pęknięcia, a które zajmowały całe międzykrocze aż do zdziergacza zewn., raz nawet z przedarciem takowego; reszta zalicza się do pęknięć małych. bo nieraz i do połowy krocza nie sięgały. O traktowaniu zboczenia tego dodam kilka słów niżej.

Wracając jeszcze do przypadków śmiercią zakończonych nie mogę pominąć chociaż krótkiej wzmianki o dwóch. które ze względu na przyczynę śmierci i zmiany nekroskopiją wykazane na uwagę zasługują:

I. Maryja M., rzym.-kat., wol., l. 24 z Podgórza, przyjętą została jako rodząca na oddział d. 19/9 1887 o g. 10 w nocy. Badanie wykazało: osoba dobrze zbudowana i odżywiona nie okazuje żadnych zewnętrznych nieprawidłowości, brudna tylko skóra na całej prawie powierzchni ciała. Organa wewn., o ile zbadać było można w czasie porodu, prawidłowe, skarży się tylko za uciskiem na ból w prawem podżebrzu.

Stan części rodnych okazał: Ciąża I. Czaszkowe II. Niestosunku lub jakiejś nieprawidłowości porodowej nie ma. Bóle przez rodzącą w brzuchu odczuwane, a niedokładnie lokalizowane odnoszonemi były do aktu porodowego.

Badając zauważono przeczulicę mięśniową i stan nerwowego podniecenia, co w pierwszym porodzie do rzadkości wcale nie należy.

O godz. 1 w nocy 20/9 nastąpił zupełnie prawidłowy poród płodu płci męskiej małego, wagi 2000 gram., długości 45 ctm. Krwawienie po porodzie zwyczajne.

O godz. $2\frac{1}{2}$ w nocy, t. j. w półtory godziny po porodzie dostała położnica zupełnie nagle napadu drgawek klonicznych z utratą zupełną przytomności, przytem zwężenie źrenic i zupełne znieczulenie. Podano lewatywę z 2 łyżek roztworu chloralu 10:200 i okład lodowy na głowę. Moczu zbadać było niepodobieństwem. gdyż bezwiednie pod siebie oddawała. W godzinę po pierwszym napadzie wystąpił drugi, w $\frac{1}{2}$ godz. trzeci, w kwadrans czwarty, aż wreszcie napady tak szybko po sobie następowały, iż od 8 rano do 12 w poł. 20/9 mimo lewatyw z chloralu, injekcyi morfinowych i okładów lodowych jeden szedł za drugim i chora wśród objawów obrzęku ostrego płuc o godzinie 12 w poł. umarła.

Obserwując chorą za dnia można było skonstatować tylko marmurkowane zabarwienie skóry, które wśród rozkładu szybkiego krwi zauważyć można częstokroć i nieregularnie na powierzchni ciała rozdzieloną ciepłotę. Ponieważ mocz nie mógł być zbadanym, przeto rozpoznano prawdopodobnie *Uraemia, squ. Eclampsia in puerpera.*

Autopsyja wszakże zupełnie inny obraz zmian chorobowych przedstawiła. Rozpoznanie bowiem anatomiczne brzmi: „*Partus. Involutio uteri completa. Apoplexia capillaris cerebri sanguinea insignis in hemisphaera cerebri dextra, squ. haemorrhagia praestanti in cavum ventriculi lateralis dextri, et haemorrhagia levioris gradus in ventriculo laterali sinistro et tertio. Ingens laceratio et emollitio totius fere hemisphaerae dextrae, nec non corporis striati et thalami optici dextri. Haemorrhagia ingens in ventriculo quarto, totum fere ventriculum obtinens, et conquassatio baseos medullae oblongatae (ventriculi quarti). Encephalomalacia totius fere lobi superioris sinistri. Apoplexia meningealis, praecipue ad regionem lobi praecunei dextri, circumscripta. Ecchymoses numerabiles cutis, textus subcutanei, pleurae utriusque sinistrae, pulmonum, peri- et endocardii, hepatis, lienis, renum, et omenti. Pneumonia lobularis catarrhalis ambilateralis incipiens. Bronchitis diff. Oedema acutum pulmonum. Dilatatio praestans totius cordis et degeneratio adiposa ejusdem. Hypoplasia aortae majoris gradus. Tumor lienis ter aucti acutus, gastromalacia, intoxicatio phosphorica.*“

Tak więc zmiany za życia rozpoznane nie znalazły potwierdzenia na stole sekcyjnym. Uwagę jednak na to zwrócić należy, że rodząca w nocy przyniesiona przy świetle gazowem badaną była, przeto i żółtaczka i blade wynaczynionki w skórze zabrukanej tak niewyraźnie występowały, iż w braku podmiotowych objawów, albowiem rodząca nie skarżyła się na nic innego, oprócz nieokreslonych bólów w brzuchu, dalej dla braku wymiotów, jako też charakterystycznej woni fosforu łatwo uwadze badającego uszły. Najciekawszą wszakże w tym przypadku rzeczą jest, że gwałtowny postęp ogólnego rozkładu i zmian w organizmie wystąpił dopiero po porodzie. Twierdzić tutaj można na pewne, że akcyja porodowa zmianami przez działanie fosforu wznieconą była, gdyż płód urodził się niezupełnie donoszony, ale po porodzie dopiero zaczęły pękać tłuszczowo zwyrodniałe naczynia w mózgu skutkiem zwiększonego parcia krwi w tętnicach, występującego po skończonym akcie wydalenia płodu.

Znaczne zaś wynaczynienia szczególniej w komórce czwartej i ucisk na podstawę rdzenia przedłużonego wywołały na zewnątrz objawy, wzięte na karb następstw sprawy degeneracyjnej w nerkach.

W każdym razie przypadek ten należy do bardzo rzadkich w położnictwie, a ze względu na kolejność i nagłość objawów na uwagę zasługujący.

II. Zofija Ż., rzym.-kat., zamężna, z Łańcuta jako roniącą przeniesioną została d. 13/9 1888 z oddziału chorób wewnętrznych, gdzie leżała z rozpoznaniem *Sarcoma glandularum retroperitoneal. Sarcoma digiti V manus dex. Cachexia sarcomatosa.*

Roniąca w 4 miesiącu pierwszej ciąży dostała się na oddział położniczy w konającym stanie.

13/9 o godz. 8 rano ukończyło się poronienie, które samo przez się nic nieprawidłowego nie przedstawiało, a w 12 godzin potem położnica zmarła.

Na drugi dzień wykonana sekcyja wykazała:

Sarcoma medullae ossis brachii dextri, fractura spontanea ejusdem brachii, nec non metastases sarcomatosae cranii verticis, pulmonum pleurae costalis utriusque, glandularum lymphaticarum colli, ac bronchialium, ovarii dextri, nec non digiti minimi manus dex. Atrophia musculi cordis, hepatis. Involutio completa uteri. Anaemia insignis universalis. Cystitis cat. acuta.“

Przypadek ten o tyle wart jest wzmianki, o ile rzadko zdarza się akuszerowi obserwować u rodzących tak znaczne zmiany nowotw. w organizmie całym, a co ważniejsza i w części narządu rodnego tak, jak tutaj w jajniku prawym. Organ ten był już zapewne patologicznie zmienionym przed zapłodnieniem i funkcyi swojej pozbawionym, a w takim razie drugi zupełnie prawidłowo zadanie swoje mógł spełnić. Co się zaś tyczy tych bardzo licznych ognisk przerzutowych w rozmaitych organach, tłomaczą się one tem, że pierwotne ognisko nowotworowe usadowić się musiało w takim organie, z którego z wielką łatwością cząstki tego nowotworu do innych narządów dostawać się mogły. W tym przypadku siedliskiem takiem głównem był szpik kości ramieniowej i ztąd liczne części organizmu przerzuty swoje otrzymać mogły. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Chirurgija.

Harrison: O gorączce moczowej.

Gorączka moczowa różni się od t. z. gorączki przyrannej i powstaje wskutek wessania trujących części (alkaloidów), wytwarzających się albo z moczu, albo z tkanki, albo z wytworów rozkładowych rany, lub wreszcie ze wszystkich razem. Gorączki tej można uniknąć za pomocą cięcia cewki zewnętrznego, lub jeżeli się przez staranne sączkowanie mocz bezpośrednio na zewnątrz wyprowadza, lub jeżeli się w przy-

padkach, w których ten sposób jest niewykonalny, nie dopuszcza, aby mocz uległ zmianom, które po jego wessaniu przez ranę wywołują gorączkę. Sterylizowanie moczu osiąga się przez przestrzykiwanie rany i pęcherza sublimatem lub kwasem borowym, powtóre przez podawanie wewnętrzne leków, które w moczu się wydzielają, a przedewszystkiem chininy. Wnioski, które H. czyni co do leczenia zwężeń i ran cewki, są następujące: 1. W rozszerzaniu zwężeń lepiéj jest wprowadzić codziennie świeczki łatwo przechodzące, niż używać grubszych, ale rzadziéj. Jeżeli zwężenie jest tak wysokiego stopnia, że o rozszerzeniu nie ma mowy, to otwarte leczenie przez cięcie międzykrocza według Symego daje najlepsze wyniki, gdyż przez włączenie znacznego kawałka zdrowéj tkanki odzyskuje cewka prawidłowe światło. 3. W ranach cewki, powstałych przez uszkodzenie lub zabieg, w których sączkowanie moczu nie jest wykonalnem, oddaje dobre usługi przestrzykiwanie miejscowe, albo używanie leków wydzielających się moczem. 4. Powstaniu zwężeń można zapobiedz przez przestrzykiwania. 5. W pęknięciach cewki powstałych wskutek uderzenia lub upadnięcia na międzykrocze należy nawet w razach, w których można jeszcze cewnik przeprowadzić, wykonać cięcie międzykrocza z następowem wprowadzeniem sączka. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* 1888, z. 3).

Dr. Baschkopf.

Choroby oczne.

Wagenmann (Gietynga): **O ropieniu w ciałku szklanem, biorącem swój początek w bliznach pooperacyjnych lub zabliźnionych opadnięciach tęczówkowych.**

Oddawna pouczyło okulistów doświadczenie, że w oczach, na których wykonano wydobycie zaćmy, lub irydektomiję z powodu jaskry, a nawet i w takich, w których z powodu wrzodu rogówkowego lub jakiegokolwiek przypadkowego zranienia rogówki przyszło do opadnięcia tęczówki w ranę i następowego jéj zabliźnienia się, wytwarzają się nieraz nawet po wielu latach wrzekomo samoistnie, częściéj zaś po zadziałaniu nieznacznego urazu, ciężkie ostre lub przyostre zapalenia ropne w ciałku szklanem, cechujące się zarówno swym przebiegiem gwałtownym i rozległością nacieków ropnych, jak i niestosunkiem między nasileniem sprawy chorobowéj a urazem, który tu i owdzie wykazać się daje. O wyjaśnienie powstawania tych ciężkich spraw ropnych silono się już dawno i niejednokrotnie. Ale gdy jedni razem z Zehenderem obwiniali zbytnie naprężenie tęczówki w bliznę wgojonéj lub towarzyszące każdemu jéj opadnięciu o zdolność wywoływania tych groźnych zaburzeń w oku, to inni, jak Sattler, nie dochodzili do żadnych dodatnich rezultatów, lub jak Swanzy, przecząc teoryi Zehenderowskiéj, wskazywali na bezpośrednie sąsiedztwo źródła chorobowego z ciałkiem szklanem. Dopiero Leber wykazał w swéj pracy o międzykomórkowych przestworach przybłonka rogówkowego, ogłoszonéj w r. 1878, że w takich razach mamy do czynienia z całkiem świeżem zakażeniem, powstałem w miejscu blizny zazwyczaj przetokowato ku wnętrzu oka przebiegającéj, po nieznacznem czy to samoistnem złuszczeniu się przybłonka, czy też skutkiem zadziałania urazu ledwie dostrzegalnego. I to jednakże zapatrywanie, mimo poparcia przez niektórych badaczy, jak Valude, znalazło przed 2-ma laty przeciwnika w osobie Despagueta. Ten bowiem wystąpił z twierdzeniem, że punktem wyjścia w mowie będących zapaleń są zawsze stare ogniska grzybków chorobotwórczych, które przechowawszy się w bliźnie po ropnem zapaleniu rogówki, kiedyś przed laty przebytem, pozostają tamże w stanie bezczynności dopóty, dopóki zadrażnienie oka, podtrzymywane przez zbytnie naprężenie opadniętej tęczówki lub przez podwyższenie ucisku śródocznego nie stworzy dla ich nowego rozwoju pomyślnych warunków.

Otóż celem obrony zapatrywań Lebera podjął Wagenmann w ostatnich czasach pracę, w któréj oparłszy swe spostrzeżenia na 18 przypadkach nacieków ropnych w ciałku szklanem, zużytkował takowe wszechstronnie naukowo, poddawszy je ścisłemu badaniu patologiczno-anatomicznemu i bakteryjologicznemu. W szeregu téj wcale licznéj kazuistyki były przypadki, w których po upływie dłuższego czasu wystąpiło zapalenie ropne w ciałku szklanem: 4 razy w bliźnie, powstałéj po wydobyciu zaćmy, raz po irydektomii z powodu jaskry, a 13 razy po mniéj lub więcéj rozległych, przeważnie obwodowo położonych zabliźnionych opadnięciach tęczówki. Wynik poszukiwań jego był następujący: We wszystkich przypadkach, bez względu na przyrodę blizny, szerzyła się sprawa chorobowa ku wnętrzu oka od blizny. W niéj było zawsze pierwotne ognisko zakaźne i tu poszukiwanie mikroorganizmów wykazywało w pierwszym rzędzie stale ich obecność. Zmiany chorobowe w bliźnie saméj nie pozostawały w żadnym stosunku z ciężkiemi sprawami ropnemi w ciałku szklanem. Te ostatnie zależały jedynie od gwałtownego rozwoju grzybków chorobotwórczych, które wtargnęły do wnętrza oka przez otwartą bramę w bliźnie. Czas, jaki dzielił chwilę wytworzenia się blizny od wybuchu tylekrotnie wzmiankowanych zapaleń, wynosił miesiące, lata i dziesiątki lat. W oczach z bliznami rogówkowemi i przyczepinami tęczówki przodkowemi spostrzegał Wagenmann stale wydęcie blizny. Przypuszcza on przeto, że takte oczy tem snadniéj ulegają po latach zapaleniu ropnemu, ile że przez wysterczanie i cienkość tkaniny bliznowatéj bardziéj są narażone na urazowe złuszczenie się przybłonka, lub samoistne pęknięcie blizny. Podwyższeniu przeto ucisku śródocznego nie może i on odmówić pewnego wpływu usposabiającego do powstania tych zapaleń, a nawet tym szczegółem tłomaczy sobie zjawisko, dlaczego z całego szeregu ócz, na których wykonano irydektomiję, do ropnych zapaleń przychodzi nawet po latach jedynie w takich, gdzie tę operacyję z powodu jaskry podjęto. Tam, gdzie blizna wytworzona po operacyi katarakty była w dalszem następstwie punktem wyjścia sprawy ropnéj, upatruje Wagenmann przyczynę w niezupełnie normalnym swojego czasu przebiegu pooperacyjnym.

Co do stopnia nasilenia takich zapaleń wydarzają się znaczne różnice. Obok spraw ostrych, prowadzących w kilku dniach do ropnego zapalenia całéj gałki ocznéj, napotyka się przypadki z przebiegiem przyostrym. Zależy to z jednéj strony od ilości i żywotności mikroorganizmów, z drugiéj od odporności tkaniny i stosunków anatomicznych. Im cieńsza blizna jest siedliskiem owrzodzenia ropnego, im bardziéj ciałko szklane czy to dla braku soczewki, czy z powodu nader obwodowego położenia przyczepin przodkowych przylega do tylnéj ściany blizny, im szybciéj wreszcie prowadzi wrzód do przebicia, tem gwałtowniejsze pojawiają się postacie zapaleń. Przeciwnie w przypadkach obecności soczewki, gdy tylna powierzchnia blizny wysłana jest wypociną od dawna uorganizowaną, gdy nadto przodkowy odcinek ciałka szklanego okazuje konsystencyję zbitszą, pochód mikroorganizmów bardziéj jest utrudniony, a sprawa ropna postępuje wolniéj.

Co do obszarów naczyniowych, biorących udział w tem zapaleniu, wymienia Wagenmann ciałko rzęskowe, naczyniówkę i siatkówkę i to wszystkie mniéj lub więcéj zajęte w równéj mierze. Bliższéj przyrody i właściwości mikroorganizmów tę sprawę wywołujących nie udało się autorowi wyśledzić. Raz jeden wykrył *staphylococcus pyogenes aureus*, innym razem *albus*, zresztą zaś po bezskutecznych próbach ograniczał swe badania do każdorazowego stwierdzenia obecności grzybków chorobotwórczych i to w pierwszym rzędzie w bliźnie saméj, jak i w głębi oka, a przedewszystkiem w ciałku szklanem, owéj znakomitéj, zdaniem jego, pożywce dla ich rozwoju. (*Archiv f. Ophthal. XXXV B. Abth. IV*).

Dr. Bieńkowski.

J. Przybylski: **Charakterystyka chorych ocznych, leczonych w Warsz. Ujazd. szpitalu w 1888 r.**

W ciągu roku leczono 1501, wyzdrowiało 1248, przeprowadzono do innych oddziałów 120, pozostało 133. Taki znaczny % wyzdrowień tłumaczy P. tem, że główny kontyngens chorych szeregowców dawały choroby spojówki (1023), z których głównie figurowały *trachoma et conj. trachomatosa* (696), ta istna plaga wojsk warsz. ros. okręgu. Próbowano operacyjnego leczenia jaglicy, z wyjątkiem wycięcia fałdy spojówkowéj z częścią chrząstki, o czem niedawno pisał Dr. Ziemiński. Zwykle ziarno jaglicowe wyciskano na przechodowych fałdach, rzadziéj zeskrobywano takowe ostrą łyżeczką (a nie metal. pędzelkiem, jakto radzi Schröder), na częściach zaś chrząstkowych niszczono jaglicę zeskrobywa-

niem lub galwanokaustyką, która dawała najlepsze rezultaty. Przez wprowadzenie operat. leczenia jaglicy w ujazd. szpitalu skrócono pobyt w nim chorych z 6 ciu na 4 tygodnie, przyczem chorzy opuszczali szpital bez hypersekrecyj spojówki i zwykle bez granulacyj, chociaż z nieznacznemi bliznami w takowéj. Autor wspomina o wyzdrowieniu wszystkich 23 chorych, cierpiących na *keratitis xerotica*, do czego się przyczyniła ezeryna działająca w podobnych razach znakomicie. Fakt ten potrzebuje wyjaśnienia. Do ujazd. szpitala przysyłają też nie mało chorych, którzy zwolnieni bywają na komisyi od służby, skoro ostrość ich wzroku obu lub pr. oka bywa niższą niż 20/40, a do czego głównie się przyczyniają zmętnienia rogówkowe; niewiadomo dla czego takich pacyjentów zapisano do rubryki „wyzdrowiało". W celach też optycznych w szpitalu wykonaną była 10 razy irydektomija w liczbie 23 całorocznych operacyj, z których wspomnieć wypada o paru tenotomiach i paru ekstrakcyjach zwichniętych do przedniéj komórki soczewek. (*Medicinskij Sbornik Warsz. Ujazd. woj. Hospitala*). *Dr. J. Talko.*

Choroby uszne.

Dr. R. Dreyfuss i Dr. Schwabach (Berlin): **Influenza i choroby ucha.**

Między innemi powikłaniami influenzy zauważono podczas jéj ostatniéj epidemii w Europie znaczną ilość chorób ucha. Były to zapalenia ucha środkowego i ciężkie zapalenia błony bębenkowéj z wybroczynami. Podług spostrzeżeń D. błona bębenkowa bywała w przeważnéj ilości przypadków mocno zaczerwieniona, często sino-zabarwiona, przyczem na powierzchni występowały pęcherzyki (w liczbie 3 do 4) krwią wypełnione. Obserwowane przypadki. odznaczały się niestosunkiem objawów podmiotowych do rzeczywistego cierpienia. Chorzy nie uskarżali się na większe bóle, niż to bywa przy zwykłem ostrem zapaleniu ucha środkowego. Choroby te ucha występują w 1-szym lub 2-gim dniu trwania influenzy, albo dopiero w 8—14 dni po jéj ustąpieniu. W pierwszym przypadku podług D. przypuścić należy, że zapalenie ucha środkowego powstaje wskutek bezpośredniego umiejscowienia się tamże właściwego zarazka influenzy, podczas gdy w przypadkach drugich sprawa zapalna dostaje się powoli z błon śluzowych jamy nosa i gardziela przez trąbki do jamy bębenkowéj. Ze względu na wybroczyny w błonie bębenkowéj widzi D. wielkie podobieństwo między influenzą a innemi chorobami zakaźnemi ostremi (odra, płonica, błonica, dur, ospa), w których występują podobne objawy ze strony uszu. Schwabach (Berlin) widział w pierwszych 14 dniach stycznia r. b. 62 przypadki ostrego zapalenia ucha środkowego i, o ile wywiady wskazywały, wszystkie były następstwem influenzy. Z tych 62 przypadków w 19 razach było zapalenie ucha środkowego ostre proste (*otitis media acuta simplex*), a w 43 przypadkach zapalenie ucha środkowego ostre ropne (*otitis media acuta suppurativa*). Prócz tego zajęcie jednostronne wydarzyło się 54 razy, a u 8 miu chorych było ono obustronne. J. Schwabach również jak Dreyfuss zwrócił uwagę na to, że choroby te ucha stosunkowo często kombinują się z krwotokami i podbiegnięciami w tkance błony bębenkowéj, co bardzo rzadko ma miejsce przy zwykłych ostrych zapaleniach ucha środkowego. Również zauważył S. częste równoczesne zajęcie zewnętrznego przewodu słuchowego. O ile dotychczasowe doświadczenia pouczają, rokowanie i przebieg są te same, co w zwykłych zapaleniach ucha środkowego (*Berl. klin. Wochenschrift*, Nr. 3, 1890).

W ambulatoryjum kliniki chirurgicznéj prof. Rydygiera leczono r. b. dwa przypadki zapalenia ucha środkowego, u których dokładne wywiady jako przyczynę inflenzę wykazały. Powikłanie to wystąpiło u jednego z nich w 3-cim dniu po pojawieniu się cierpienia ogólnego i rozpoczęło się od szumu w uszach, silnych bólów i upośledzenia słuchu. Po 10 cio dniowem trwaniu tych objawów, połączonych z bólem i zajęciem głowy, zgłosił się chory do kliniki. Badanie wykazało ostre zapalenie ucha środkowego prawego jakoteż zapalenie ucha zewnętrznego ze skąpą wydzieliną. Zastósowano przedmuchiwanie i jodoform z gliceryną. Objawy te wprawdzie powoli, ale w zupełności ustąpiły. U drugiego chorego pojawiło się zapalenie ucha środkowego ostre w 8 dni po przebyciu przezeń influenzy. W tym przypadku zapalenie ustąpiło już po dwukrotnem przedmuchaniu. *Dr. Bohosiewicz.*

Choroby kobiece.

Dr. Mensinga (Flensburg): **Badania nad niemożnością karmienia.**

Nazwa *Agalactia* oznacza tylko brak pokarmu u matki, niemożność zaś wogóle karmienia bez względu na przyczynę zwać się winno *Dysthitia (Stillungsnoth)*. Przyczynami jéj są:

I. Wady gruczołu piersiowego. a) Gruczoł nie jest dostatecznie rozwinięty (*Amastia*). b) Gruczoł jest rozwinięty, ale skutkiem zmian patologicznych, jak n. p. wskutek stłuszczenia lub zapalenia (*Mastitis*), nie funkcyjonuje. c) Wskutek ogólnéj dyskrazyi, bezkrwistości, blednicy, osłabienia matki, pokarmu nie wydziela.

II. Wady przewodów mlecznych. a) Atonia ich ścian i częste wskutek tego torbiele mleczne ropniem się kończące. b) Twardość ścian i brak elastyczności (*Galactorrhoe*).

III. Wady brodawek. a) Niedostateczne ich rozwinięcie (*Amamillia*). b) Brodawki są rozwinięte, ale są twarde i nieelastyczne, albo też są zupełnie wgniecione tak, iż na zewnątrz przedstawiają się tylko jako szpara.

Wszystkie te wady mogą się kombinować Niestety dopiero po połogu, kiedy już karmić przychodzi, zwraca się na nie uwagę, a wtedy już jest za późno. Wcześnie rozpoznane, w znacznéj swéj części dają się usunąć tak, iż karmienie w swoim czasie staje się możebnem. W celu wywołania silniejszego mleczenia u kobiet bezkrwistych lub atoniję gruczołu piersiowego posiadających, używał M. miesienia gruczołu, które zazwyczaj po 20 tygodniu ciąży, bez obawy poronienia, z dobrym skutkiem wykonał, jak 3 na ostatku rozprawy opisane przypadki to stwierdzają. (*Int. kl. Rdschau*, 1890, Nr. 2).

Choroby skórne i weneryczne.

Prof. Mosler-Gryfija: *Pemphigus chronicus malignus.* Do chorób skórnych zakaźnych liczono dawniéj odrę, ospę i szkarlatynę, dziś zaś wiemy, że większa część chorób skórnych przebiegających w towarzystwie gorączki na zarazku natury bakteryjologicznéj polega. Odkrycie swoistego prątka róży zawdzięczamy Fehleisenowi. Rudolf Demme wykazał w *pemphigus* swoisty grzybek. Dalsze badania w tym kierunku są wskazane i obowiązkiem jest każdego lekarza przypadki téj choroby, czy to ostre, czy chroniczne w kierunku bakteryjologicznym badać. To skłania autora do ogłoszenia przypadku przez siebie spostrzeganego. Kobieta 39 letnia, przedtem zupełnie zdrowa, spostrzegła nagle na dziąsłach, podniebieniu i języku tworzące się pęcherze wielkości soczewicy. Po pewnym czasie pękały one, a na miejscu ich powstawały wrzody coraz bardziéj w głąb i w szerz się rozprzestrzeniające. Zęby zaczęły się chwiać i same przez się wypadały. Płukania przyniosły nieco ulgi, a wrzód na języku, którego domowy lekarz początkowo za raka miał, także nieco się oczyścił. Zmiany te w jamie ust z różnem nasileniem trwały przez całe lat cztery. Dopiero po tym czasie pęcherze jakby oparzelinowe wielkości grochu lub 5-markówki zaczęły się tworzyć także na skórze cz ła, grzbietu i brzucha. Na różne maście i posypki pęcherze nieco przyschły i stan się polepszył, ale nie na długo, bo w rok potem odnowiły się całkowicie z większem nasileniem, zajęły bowiem także kończyny i srom. Treść ich z surowiczéj stała się ropną, a wybuchowi towarzyszyły dreszcze, gorączka i tak znaczne osłabienie, iż chora nie mogła już opuścić łóżka. Popękane pęcherze utworzyły znaczną płaszczyznę wrzodziejącą i w takim to stanie dostała się chora do kliniki w Gryfii. Leczenie polegało na długich ciepłych kąpielach, zasypywaniu owrzodzeń pudrem salicylowym, jako też na pomyślnem odżywianiu organizmu. Mimo to stan się wcale nie polepszył. Erupcyje nowych pęcherzy z treścią najpierw surowiczą, później ropną, ciągle powtarzając się zajęły już prawie całe ciało. Błona śluzowa jamy ust, a nawet i krtani także owrzodziała. Wystąpiły wybroczyny na skórze, a ropa zaczęła się na powierzchni rozkładać i c. chnąć. Ciepłota coraz bardziéj się wzmagała, siły słabły. Badanie narządów wewnętrznych, o ile na to posokowata skóra zezwoliła, nie

wykazała nic godnego uwagi. Dr. Löffler badał na mikroorganizmy surowicę i ropę z pęcherza wziętą, lecz bez skutku, a małpa ropą zaszczepiona pozostała zupełnie zdrową. Zapalenie płuca lewego przyspieszyło koniec życia po miesięcznym pobycie choréj w klinice. Przypadek ten z tego względu zasługuje na uwagę, iż przez całe 4 lata tworzyły się pęcherze na błonie śluzowéj jamy ust, bez erupcyi na skórze, co autor po raz pierwszy widział, a w dostępnéj mu literaturze nigdzie nie wyczytał.

Hebra rozróżnia *pemphigus vulgaris* i *foliaceus*. Przypadek opisany należy do 1-szej kategoryi. Etyjologija téj choroby jest ciemną, a badania bakteryjologiczne w tym przypadku robione dały zupełnie ujemny wynik, dlatego i grzybek Demmego uledz musi pewnéj wątpliwości. (*Deut. med. Woch.* 1890, Nr. 1).

Choroby nerwowe.

Dr. H. Oppenheim — Berlin **Przyczynek do kiły, mózgu i rdzenia pacierzowego.**

Objawy i zmiany anatomiczne kiły, mózgu więcéj są znane niż rdzenia pacierzowego, aczkolwiek ostatniemi laty badania Charcota, Wagnera, Westphala, Jürgensa, a przedewszystkiem Rumpfa, do wyjaśnienia rzeczy wiele się przyczyniły. Kiła mózgu usadawia się najczęściéj na oponach i to częściéj na podstawie niżeli na powierzchni wypukłości już to w postaci rozsianej już to ograniczonéj. (*Meningitis diffusa et circumscripta basilaris syphilitica*). Podstawa mózgu przy formie rozsianéj, wygląda jakby była oblaną płynem gęstym do parafiny podobnym. Płyn ten rozlewający się najczęściéj w okolicy *Chiasma peduncули*, wciska się we wszystkie rowki i zagłębienia. Nerwy z miejsc tych wychodzące są łącznotkankowo zgrubiałe, także i ściany tętnic podstawowych są przerosłe, tak iż światło naczynia w skutek tego jest mniejsze. Zgrubienie to polega na wytwarzaniu się tkanki granulacyjnéj o licznych komórkach. Tkanką tą przeniknięta jest *adventitia* i *intima* tak dalece, iż często zamknięcie naczynia wywołują. Tkanka ta granulacyjna wywołuje także zgrubienie pochewki nerwu, wskutek czego przychodzi do zaniku saméjże istoty nerwowéj. Zmianie téj ulegają w pierwszéj linii najpierw n. n. *oculomotorius i opticus*.

Objawy kliniczne, jakie téj chorobie towarzyszą, są następujące: Ból głowy, nudności i wymioty, zawrót głowy i drgawki czasowe. Do tego przyłączają się różne zboczenia umysłowe, które jednak naprzemian przeplatane są okresami zupełnego zdrowia psychicznego, i ten objaw jest charakterystycznym dla kiły mózgu. Następnie występują porażenia w obrębie nerwu okoruchowego i wzrokowego. Częsta anosmia, t. j. zboczenia w powonieniu, świadczą o zmianach w *n. olfactorius*, a znieczulenia gałązek nerwu trójdzielnego są częstą przyczyną zapalenia rogówki (*Keratitis neuroparalytica*). Cieplota jest ciągle normalna, co jest ważnym objawem rozpoznawczym, albowiem pozwala nam wykluczyć zapalenie opon gruźlicze. Wszystkie te objawy zmieniają swoje nasilenie w miarę jak zmiany anatomiczne znów się wyrównywają lub na sile przybierają. Najlepiéj spostrzegać się to daje na zmyśle wzroku. W krótkim dość przeciągu czasu pole widzenia może się ścieśniać lub znów rozszerzać, tak iż mierząc je, ciągle inną dostajemy figurę. Przytem siła wzroku także jest różną (*Hemianopsia fugax*). Ta niejednostajność w nasileniu objawów jest charakterystyczną dla kiły mózgu. Wskutek obliteracyi naczyń przychodzi do wynaczynień i objawów udaru mózgowego. Dzieje się to zazwyczaj już w późnym okresie, i apopleksya ta nie występuje nagle, lecz poprzedzaną bywa objawami wyż opisanemi. Cały proces przebiega chronicznie i może lata trwać. Rokowanie przy energicznem leczeniu rtęcią, w pierwszych początkach, jeżeli mamy do czynienia tylko z objawami nerwowemi, jest wcale korzystne. Jest ono złem, jeżeli rtęcią nie leczymy i jeżeli wystąpią objawy naczyniowe a przedewszystkiem apoplektyczne.

Według Jürgensa niema kiły tylko samego rdzenia pacierzowego. Łączy się ona zawsze z kiłą mózgu, a raczéj z mózgu posuwa się ona ku dołowi, ale nigdy na odwrót. Obraz anatomiczny w obec kiły w rdzeniu jest ten sam co obraz kiły mózgowéj. Kiła i tu wychodzi z opon, najczęściéj w kształcie rozsianéj i tu obejmuje naczynia i nerwy, zmieniając je tak samo jak w mózgu. Objawy kliniczne kiły rdzenia pacierzowego będą podobne do objawów, jakie występują w przebiegu *myelitis* lub *tabes*, a rozróżnienie opierać będziemy mogli na następujących danych: a) Równoczesne lub poprzedzające wystąpienie objawów mózgowych w sferze nerwowéj, naczyniowéj i psychicznéj; czasem zwykły ale stały ból głowy może rozstrzygnąć rozpoznanie. b) I w obec kiły rdzenia pacierzowego nasilenia objawów są zmienne, wprawdzie nie tak dobitnie jak w mózgu, ale i na tym objawie rozpoznanie oprzeć możemy. A zatem znieczulenia i porażeniakończyn będą raz większe, to znów mniejsze; objawy ataksyjne i zmienianéj koordynacyi ruchów wystąpią dobitnie, aby znów zniknąć; bezwiedne oddawanie moczu i stolca przeplatane będzie stanem normalnym; odruchy ścięgniste na rzepce jakoteż objaw Westphala także niejednostajnie występować będą. c) Porażenie i znieczulenie połowicze Brown Séquarda w początkach da się udowodnić, w późniejszym okresie zatraca się. d) Objawy, ktore występują, nie dadzą się wytłomaczyć za pomocą tylko jedno-gatunkowego ogniska chorobowego, ale większą ich ilością, n. p. gdy mamy porażenie kończyn dolnych, równocześnie występują nerwobóle kończyn górnych lub nerwów mózgowych jako objaw zadrażnienia początków nerwów i opon e) *Tremor* i *nystagmus* przemawiać będą za *Sclerosis disseminata*. W rdzeniu pacierzowym prócz zmian, które wywołuje kiła, możemy często także napotkać zmiany łącznotkankowe w postaci zwykłego zaniku istoty nerwowéj, a pod względem anatomicznym i klinicznym zwykłemu zwyrodnieniu rdzenia odpowiadające. Autor nazywa tę odmianę *pseudo-tabes syphilitica*.

Rokowanie w kile rdzenia jest stanowczo gorsze niż w *lues cerebralis*, a pochodzi to ztąd, iż rdzeń pacierzowy jako organ wąski w krótkim czasie na całym swym przecięciu poprzecznêm chorobowo zostaje zajęty, wskutek czego zupełna przerwa w przewodnictwie nerwowém następuje. Mimo to rozpaczać nie ma przyczyny, bo znane są przypadki, w których energiczne leczenie rtęciowe i te objawy usuwały. W końcu ostrzega autor przed podawaniem rtęci w tak zwanéj *neurasthenia syphilitica*. Nie jest ona niczem innem jak tylko *syfilidofobią*. Inteligentni ludzie, kiłą zakażeni, wiedzą iż istnieje kiła mózgu obłąkaniem się kończąca i téj się najbardziéj obawiają. Obawa sprawia i wmawiają sobie niektóre objawy mózgowe, jak ból i zawrót głowy. Nigdy nie należy naddawać takim pacyjentom i podać rtęć, aż nie będziemy mieli wybitnych objawów ogniskowych, do których przedewszystkiem porażenia w zakresie *n. oculomotorius* należą. Objawy te, jeżeli rzeczywiście mamy kiłę mózgu przed sobą, niedługo na siebie dają czekać. Jeżeli po pewnym przeciągu czasu nic pojawiają się, to mamy do czynienia z neurastenią. (*Berl. kl. Wscht 1889 Nr. 48—49*).

Dr. Mendelsburg.

Toksykologija.

J. Klimesch (Graz): **Przypadek samootrucia dwuchromanem potasu.**

Usiłowania samobójstwa za pomocą przetworów chromowych nie są wogóle częste. Zwyczajnie używano w zamiarach samobójczych soli chromanu i dwuchromanu potasowego, a między niemi zajmuje dwuchroman potasowy tak ze względu na częstość spostrzeganych otruć, jak i niszczącego działania, pierwszorzędne miejsce. Pelikan uważa go za truciznę równego znaczenia, co arsen i sublimat. Jego łatwa rozpuszczalność w wodzie ułatwia z jednéj strony szybkie wessanie, z drugiéj rozległe działanie na tkanki, w których wywołuje ostre zmiany zapalne. I tak możemy zauważyć wszystkie odcienia zapalenia przewodu pokarmowego aż do głębokich owrzodzeń w ustach, gardle, żołądku, i stósownie do ilości wprowadzonéj trucizny, także w jelitach. Szczególnie cechującem jest zapalenie nerek (*Chromniere*). Ilość soli chromowych, użytych w różnych przypadkach otrucia, tylko rzadko stwierdzono i to w przybliżeniu. I tak nie osiągnął samobójca przez zażycie 1-go gramu bezwodnika kwasu chromowego swego zamiaru, natomiast umarła 25-cio-letnia kobieta w 14 godzin po zażyciu kawałka chromanu potaso-

wego wielkości orzecha laskowego. Lewin sądzi, że dawka śmiertelna dwuchromanu potasowego dla człowieka jest najprawdopodobniej niżéj 8-miu gramów, ale uważa także wyleczenie po zażyciu 8 miu gr. za możebne. Króliki i psy giną już po 0·06 do 0·36 gr. Klimesch badał w zakładzie chemii lekarskiéj mocz, stolec i wymiociny 43-letniego stolarza, który z gwałtownemi wymiotami przyjęty został do kliniki lekarskiéj prof. Rembolda. Człowiek ten podał, że roztarł kawałek dwuchromanu potasowego, 2—3 gr., i w zamiarze samobójczym zażył, nie popiwszy wodą. Okazywał zwykłe objawy zatrucia chromem: dławienie się, wymioty, palenie w żołądku, wielkie znużenie, duszność, ból i zawrót głowy, na błonie śluzowéj ust strupy z oparzenia, żółtaczkę skóry, powiększenie śledziony, tętno częste, drobne, oliguryję. Śmierć 10-go dnia po otruciu. Oględziny wykazały rozległe wynaczynienia w płucach, w różnych błonach śluzowych, a w nerkach obok świeższych także dawniejsze zmiany. Z badania chemicznego moczu i stolca wynika, że dwuchroman potasu po dawce śmiertelnie działającéj zostaje bardzo szybko z ustroju wydzielony, przynajmniéj z moczu znika. Uderzającem daléj jest, że mimo wysokiéj gorączki wydzielanie kwasu moczowego spadło niżéj zwykłéj najmniejszéj ilości, a względnie zupełnie ustało. (*Wien. klin. Woch.*, 1889, Nr. 38).

Notatki lecznicze.

W sprawie mechanicznego leczenia cholery dzieci. Usunięcie resztek pokarmowych pozostałych w żołądku i jelitach jakotéż prątków i ptomainów je zamieszkujących uważa Seibert (*Med. Mon-Schrft.* zeszyt 7) jako pierwsze i najważniejsze wskazanie. Nawet wtedy, gdy nie ma nudności, wskazane jest wypłukanie żołądka. W gwałtownych przypadkach wykonywa się je w ten sposób, że daje się dziecku prędko wypić pełną wielką szklankę zimnéj wody, do któréj pierwéj dodał kawową łyżeczkę wódki, i teraz sprowadza wymioty przez wprowadzenie palca do gardła a pomaga jeszcze przez uciskanie żołądka dłonią. Korzystném jest także przed wymiotami trzymać dziecko przez kilka sekund głową ku dołowi zwróconą, gdyż wtedy mięszają się prędzéj przylegające w dnie żołądka resztki pokarmowe z wodą wprowadzoną. Wypłukanie to powtarza się 3 razy. Jeżeli dzieci nie połykają, należy użyć cewnika. Wypłukania jelit należy użyć w wszystkich przypadkach; 2—3 razy dziennie należy jelito grube oczyszczać zapomocą irygatora i przegotowanéj ciepłéj wody. Główne zasady są: wysokie ułożenie grzbietowe dziecka i dostateczna ilość wody. S. wprowadza do jelita tyle wody, aż ona przez parcie nie zostaje napowrót wyrzuconą i powtarza to postępowanie dopóty, dopóki nie odpływa czysta woda i nie zużył najmniéj 2—3 kwart. Ostrożne, lecz silne mięsienie brzucha posuwa wodę wysoko do góry i wspiera oczyszczenie jelita. Wobec wysokiéj gorączki uważa S. zimną wodę za wskazaną. W silném zapaleniu jelit z stolcami krwawemi można użyć z korzyścią i bez niebezpieczeństwa wstrzykiwania do jelit roztworu azotanu srebrowego (1:100—500). *Dr. Baschkopf.*

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Dr. Babczyński: **O leczeniu błonicy za pomocą szczepienia róży.**

Kilka przypadków bardzo ciężkiéj błonicy, które zakończyły się pomyślnie po przyłączeniu się przypadkowem róży, zachęciły Dra Babczyńskiego do spróbowania, czy nie udałoby się, szczepiąc chorym na błonicę różę, ocalić ich od téj groźnéj niemal śmiertelnéj u dzieci choroby. W pierwszym przypadku, nie mając czystéj hodowli, Dr. B. zaszczepił krew chorego na różę dziecku choremu na błonicę w okolicy gruczołu podszczękowego; róża się rozwinęła, błonica po 24 godzinach znikła, dziecko wyzdrowiało. Nie mając jednocześnie chorych na różę i błonicę, B. dopiero w kilka lat późniéj zdołał dostać czystą hodowlę róży na *agar agarze* i zaszczepił ją 14 dzieciom chorym na błonicę lub płonicę. Róża przyjmowała się dobrze zwykle po 8—10 godzinach po zaszczepieniu i w miarę rozwijania się róży znikały błony w gardle, gorączka się zmniejszała, ogólny stan się polepszał. Z 14 szczepionych stracił B. dwóch (szczepienia były robione tylko w rozpaczliwych przypadkach), lecz ci dwaj mieli zaszczepioną różę w ostatnich niemal chwilach życia, tak, że już róża się nie zdołała rozwinąć. (Jedno dziecko umarło w 3, drugie w 5 godzin po zaszczepieniu). Sam przebieg róży był łagodny, róża prędko przechodziła tak, że z téj strony żadnego niebezpieczeństwa nie było. Chorzy po zaszczepieniu byli pozostawieni zupełnie bez lekarstw. W końcu Dr. B. zwraca się z prośbą do tych kolegów, którzy mają hodowle róży, aby zechcieli spróbować jego sposobu leczenia i aby mu przysłali hodowli róży, gdyż będąc lekarzem wiejskim nie ma swego laboratoryjum, a hodowle, które miał, zepsuły mu się.

Wobec gorących słów zachęty ze strony Dr. B. i dosyć szczegółowego opisania leczonych przez niego przypadków, które jednak zakończyły się pomyślnie, sądzę, że sprawozdanie to nie będzie obojętnem dla szerszego koła lekarzy. (*Wiestnik obszczestwiennoj gigijeny sudiebnoj i prakticzeskoj mediciny*). Tomaszów gub. Piotrkowska

Dr. G. Pisarzewski.

L. 2609. **Okólnik**

do wszystkich PP. c. k. Starostów i WWPP. Prezydentów miast Lwowa i Krakowa.

Reskryptem z 31 grudnia 1889 l. 24777 zawiadomiło wys. c. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych, że według komunikatu Ministerstwa skarbu pewna zagraniczna firma usiłowała przez pewien urząd cłowy w Czechach, pod fałszywą deklaracyją „Polysanderbeize“ wprowadzić do Austryi pewien środek leczniczy, „Sanjana“, który przez różne czasopisma jako środek dla cierpiących na piersi był polecany.

Ponieważ jest rzeczą możliwą, że ten lek niewiadomego składu i w naszym kraju w handlach lub aptekach sprzedawać będą, wzywa się Pana, aby w tym względzie przestrzegał ściśle obowiązujących postanowień rozporządzenia ministerstwa spraw wewnętrznych i handlu z 17 września 1883 (Dz. u. p. Nr. 152) i w danym razie doniósł bezzwłocznie c. k. Namiestnictwu przy dołączeniu próby tego leku w oryginalnem opakowaniu.

Lwów, dnia 24 stycznia 1890. W zastępstwie: *Lidl.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** 13 lutego. Sejmowi węgierskiemu przedłożony został dnia 21 stycznia r. b. projekt ustawy, odnoszący się do utworzenia we Węgrzech Senatu prawno-lekarskiego. Do Senatu tego należeć mają: 1) opinie w zakresie kwestyj sprawiedliwości; 2) rewizyje orzeczeń sądowo-lekarskich; 3) opinie o uchybieniach lekarskich; 4) opinie o likwidacyjach lekarskich; 5) w sprawie obsadzenia posad lekarzy sądowych i więziennych; 6) propozycyje we wszystkich sprawach sądowo lekarskich; 7) badania sądowo-lekarskie w przypadkach szczególnie ważnych; 8) superarbitria w sprawie stanu zdrowia urzędników i sług sądowych. Prezes i wice-prezes Senatu mianowani będą na lat 6, po upływie których mogą być na nowo mianowani. Referenci wybierani na 3 lata, $^1/_3$ część ich występuje po roku, lecz mogą na nowo być wybierani. Tak więc Węgrzy na tem polu wyprzedzają nietylko zachodnią połowę monarchii, ale nawet inne państwa cywilizowane.

* Otrzymaliśmy Nr. 13 „Odczytów klinicznych“, wydawanych przez redakcyję „Gazety Lek.“, zawierający Studyjum kliniczne Dra Alfreda Sokołowskiego o skrytych postaciach suchot płucnych.

* Egzamina fizykackie. W roku 1889 zgłosiło się w Austryi 58 lekarzy do egzaminu rządowego, a mianowicie we Wiedniu 8, w Pradze czeskiéj 18, w Insbruku 3, w Gracu 10, w Krakowie 19. Z tych 58 lekarzy 12 złożyło egzamin celująco, a 4-ech uznano za nieuzdolnionych.

* **Zmarli**: Z influenzy w Lyonie prof. chir. Daniel Mollière i prof. terapii Cauvet; w Heidelbergu dnia 4-go lutego Oton Becker, prof. okulistyki (urodzony d. 3 maja 1828 roku w Mecklenburskiem, kończył nauki lekarskie we Wiedniu, był uczniem i asystentem Arlta, a od roku 1868, po przeniesieniu się Knappa do N.-Yorku, prof. w Heidelbergu). Dał się poznać jako tłumacz dzieła Dondersa o wadach refrakcyi i akomodacyi i współpracownik w dziele Graefego i Saemischa.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Nowinach Lek.* Nr. 2: Błażejewskiego: Terapija niektórych chorób płucowych (dok.); Chłapowskiego: Rozszerzenie się gruźlicy przez mięso a żebractwo żydowskie; Panieńskiego: O śmierci przez zmarznięcie ze stanowiska med.-sądowéj (c. d.); Rościszewskiego: Wynik leczenia 19 przyp. wola; Wicherkiewicza

B.: O wartości leczenia samoistnie odczepionéj siatkówki (dok.): — W *Medycynie* Nr. 6: Szwajcera: Influenza w Warszawie. — W *Pamiętn. T. L. warsz.*, z. 4: Fajersztajna: Zakończenia nerwowe w tarczach końcowych żaby; Siergiejenki: Materyjały do badań n. działaniem adonidyny na ustrój człowieka i zwierząt (dok.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dnia 19-go b. m. o godzinie 6-téj po południu w gmachu kliniki chorób wewnętrznych w dawnéj sali wykładowéj kliniki chirurgicznéj posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. Lustgarten przedstawi przypadek *spina bifida*; 2) kol. Hempel okaże przypadek mięsaka uda z niezwykłem usadowieniem przerzutów; 3) kol. Rydel opowie i przedstawi przypadek wydobycia odłamka stali z ciałka szklanego za pomocą elektromagnesu; 4) kol. Gluziński poda spostrzeżenia nad influenzą.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 22 Lutego 1890. Nr. 8.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81. Rue des Saintes Peres.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

I. Z kliniki okulistycznéj prof. Rydla w Krakowie.

Przyczynek do znajomości i leczenia mięsaków przyrogówkowych (*Sarcoma praecorneale*) oka.

Podał

Dr. Franciszek Sroczyński,
asystent kliniki.

Nowotwory złośliwe nie należą do rzadkich zjawisk w patologii oka. Większa ich część wszelako bierze początek z naczyniówki i siatkówki, podczas gdy pierwotne nowotwory zewnętrznych części gałki, jak spojówki i rogówki, nierównie rzadziéj się wydarzają. I tak Dr. Noyes, autor jednéj z nowszych prac statystycznych w tym przedmiocie [1]) znajduje w protokółach *Newyork Eye and Ear Infirmary* z przedostatniego dziesiątka lat na 70.809 chorych na oczy zaledwie 25 nowotworów spojówki a trzy rogówki, w któréj to liczbie mieszczą się też dermoidy i inne niezłośliwe narośle. Z tem wszystkiem nie tyle dla względnéj rzadkości, ile raczéj dla nasuwających się uwag co do właściwości i leczenia tych przypadków, podaję do wiadomości dwa przypadki mięsaków rogówkowo-spojówkowych, które przed niespełna rokiem miałem sposobność spostrzegać w klinice prof. Rydla.

Przypadek I. Mięsak drobno-komórkowy biały. Wawrzyniec P., lat 60 liczący, wyrobnik z Mościsk, zgłosił się w połowie grudnia 1888 r. do kliniki okulistycznéj z powodu narośli na oku prawem, któréj pierwsze początki zauważył przed rokiem, a któréj powstanie przypisuje przypadkowemu uderzeniu się w okolicę tegoż oka. Wzrost téj narośli w ogólności powolny, w ostatnich dopiero miesiącach zrobił szybszy postęp. Przy badaniu lewego oka widać na granicy rogówki i twardówki przy wewnętrznym brzegu guz wielkości ziarna fasoli, sięgający z jednéj strony około 4 mm. w spojówkę, z drugiéj rozpościerający się 5 do 6 mm. na rogówkę tak, że w znacznéj części zasłania źrenicę. Barwa guza blado-różowa, powierzchnia malinowato nierówna; konsystencyja krucha tłómaczy łatwe broczenie już za lekkiem dotknięciem narośli. Przy bliższem badaniu znajdujemy, że nasada guza nie jest zrosła z rogówką, ale na kształt szypuły przytwierdzona częścią do rąbka (*limbus conj.*), częścią do 4 mm. wąskiego paska spojówki gałkowéj, podczas gdy cała część rogówkowa leży tylko luźnie na rogówce, dając się niemal do brzegu rogówki obejść sondą. Reszta spojówki tak gałkowéj, jak powiekowéj zupełnie prawidłowa. Okiem tem odpowiednio do przeszkody optycznéj liczy chory palce na 5·5 m. i czyta Nr. 17 prób Jaegera z + 5 D. Ogólny stan zdrowia zadowalający, gruczoły limfatyczne, przeduszny i szyjne nie zajęte.

Uwzględniając wiek chorego, rozpoznaliśmy przybłoniak (*epithelioma*), a wobec korzystnych warunków miejscowych, postanowiliśmy usunąć nowotwór z zachowaniem gałki. Dnia 17-go grudnia z. r. przy łaskawéj pomocy profesora Rydla, który mi ten przypadek powierzyć raczył, oddzieliłem po znieczuleniu kokainą nożykiem narośl od jéj podstawy, poczynając od strony rogówkowéj, przyczem usunąłem jeszcze 4 do 5 mm. szeroki pasek spojówki gałkowéj do koła nosowego brzegu wewnętrznego guza. Po odcięciu nowotworu przypaliłem nadto jeszcze jego podstawę dokładnie i dość głęboko galwanokauterem Sattlera, nachodząc nieco jeszcze na rogówkę przeźroczystą, któréj powierzchnia gładka okazywała, że nowotwór rzeczywiście w żadnym z nią nie pozostawał związku. Po zapuszczeniu atropiny i zaopatrzeniu antyseptycznem oka zastosowano na cienki pokład zwilżonéj sublimatem opaski krochmalnéj oziębiający przyrząd Leitera aż do ustąpienia zupełnego bólów, co też wnet nastąpiło. W dwa dni późniéj znalazłem przy zupełnym braku reakcyi jeszcze utrzymujący się strup po przypaleniu w okolicy brzegu rogówki na dowód, że przypalenie w miejscu najważniejszem odbyło się energicznie

W dniu wyjścia chorego z kliniki 30/12 było oko zupełnie blade, ubytek tylko w spojówce gałkowéj lekko zaróżowiony, o powierzchni jednak już gładkiéj. Rogówka w miejscu przypalenia okazywała delikatną plamkę, po za nią była zupełnie przeźroczystą. Ruchomość gałki prawidłowa. Dwuwidzenia nie ma. Wzrok podniósł się do 6/18 z + 1 D.; czytał J. 1 z + 5D.

Wynik badania mikroskopowego (Dr. Krokiewicz) był dla nas niespodzianką: mięsak drobno-komórkowy (*Sarcoma parvi-globo-cellulare*). Z bliższych szczegółów dodam tylko, że guz w znacznéj części swéj powierzchni pokryty był grubym pokładem kilkowarstwowego przybłonka spojówkowego, a sama masa nowotworu składała się ze zbitych i drobnych komórek limfoidalnych wśród skąpéj bardzo istoty międzykomórkowéj. Barwika ani w komórkach ani po za niemi wykazać nie można było, co też i prof. Browicz, który preparat łaskawie przejrzeć raczył, potwierdził. Guz nasz był zatem mięsakiem bia-

[1]) *Archiv für Augenheilk.* IX t.

łym, rozwijał się podprzybłonkowo i miał za punkt wyjścia rąbek spojówki.

Wobec takiéj natury guza, licząc się z możliwością recydywy poleciliśmy dalszą obserwacyję chorego Drowi Wolframowi w Mościskach, który w 3 miesiące późniéj doniósł nam łaskawie, że nie tylko śladu recydywy nie znalazł, ale i oko przedstawiało się „jakby nie operowane“. Wedle ostatniéj wiadomości od samego chorego otrzymanéj 10/12 b. r., a więc w rok prawie po usunięciu guza, narośl wcale się nie odnowiła, a chory w ogólności czuje się zdrowym. O dwuwidzeniu lub zezie mimo umyślnego zapytania nic nie wie. Odmiennie przedstawiał się

Przypadek II. *Melanosarcoma corneae et conjunct. bulbi.* Matka Ostrowiecka, lat 60 licząca, izraelitka z N.-Miasta w Król. Pol., przed rokiem już spostrzegła czarniawą plamkę na oku prawem, z powodu któréj zasypywano jéj bez skutku „biały proszek“. Gdy zaś w parę miesięcy późniéj sama zauważyła, że jéj „coś zasłania źrenicę“, a zabiegi miejscowych znachorów nie pomogły, zgłosiła się 1 maja 1888 roku do kliniki okulistycznéj, gdzie stwierdziliśmy stan następujący: Prawe oko: Powieki bez zboczeń. Spojówka powiek nieco przekrwiona. W górno-wewnętrznéj ćwierci rogówki od jéj brzegu aż do środka znajduje się narośl barwy bladoróżowéj o powierzchni guzowatéj, wielkości ziarna grochu cukrowego. Naczynia ze spojówki gałkowéj przechodzą wprost na narośl zrośniętą szeroką podstawą ściśle z rogówką. W odległości 10—12 mm. od górnego brzegu rogówki wyrasta ze spojówki gałkowéj tuż przy samym załamku odrębna płaska narośl, ciemno-brunatno zabarwiona, około 18—20 mm. długa, a 5—6 mm. szeroka. Wzrok upośledzony do liczenia palców na 2 metry. Odżywienie mierne. Gruczoły karkowe i przyuszny nie zajęte. W reszcie narządów żadnych zboczeń wykazać nie można. Rozpoznanie *melanosarcoma* wątpliwości ulegać nie mogło. Uwzględniając ścisłe połączenie nowotworu z połową rogówki, jak nie mniéj rozległy i rozlany naciek nowotworowy w spojówce gałkowéj nie można było łudzić się nadzieją utrzymania oka i wzroku po doszczętnem usunięciu obu narośli. Dlatego też dnia 6/5 wyłuszczył prof. Rydel oko wyciąwszy przed samem wyłuszczeniem razem z ogniskiem nowotworowem na spojówce cały załamek z częścią górnego brzegu chrząstki powiekowéj. Chora opuściła zakład w 10 dni po wyłuszczeniu z raną dobrze zgojoną i z miernem tylko skróceniem worka spojówkowego.

Badanie mikroskopowe potwierdziło rozpoznanie. Z preparatu nadesłanego mi łaskawie przez Dra Krokiewicza okazuje się, że nowotwór, podobnie jak w powyższym przypadku, rozwijał się również pod przybłonkiem, przynajmniéj brzegi guza pokryte były jeszcze kilkowarstwowym przybłonkiem rogówki. Błony Bowmana nigdzie odróżnić nie było można, jéj miejsce zaś zajmowała nowo-wytworzona tkanka drobnokomórkowa wśród obfitego pokładu naczyń nowowytworzonych; na téj to unaczynionéj podstawie leży właściwy naciek nowotworowy, złożony z komórek okrągłych, nieco większych niż wspomniane i przeważnie bezbarwikowych. Barwik w skąpéj bardzo ilości znajduje się w kilku zaledwie miejscach, co odpowiada zupełnie makroskopowemu wejrzeniu (guzek ciemno-brunatny ze spojówki zaginął). Co jednak najważniejsze, to, że naciek komórek mięsakowych odgranicza się liniją zupełnie ostrą od tkaniny rogówkowéj, która pomijając zniszczenie błonki szklistéj, okazała się zresztą nietkniętą. (Dok. n.).

II. Skolijozy powstające wskutek niektórych cierpień układu nerwowego i mięśniowego.

Przez

R. Jasińskiego,

chirurga warszawskiego szpitala dla dzieci.

(Rzecz czytana na Zjeździe chirurgów w Krakowie w październiku 1889).
(Dokończenie. Patrz Nr. 7).

Scoliosis e chorea chronica.

Josek Kierkut z Ciechanowa, lat 12 liczący, od 4 lat jest chory. Dawniéj był zdrów zupełnie, prosty i kształtny. Cierpienie zaczęło się od b a r d z o w o l n y c h ruchów lewą kończyną górną, nieznacznych, ograniczających się wyłącznie do téj kończyny. Powoli wzmagały się one i przeszły na twarz. W kończynach dolnych nigdy ich nie było. Skurcze te zjawiają się napadami, lecz i w przerwach między temi ostatniemi pewne grupy mięśni znajdują się w stanie napięcia, co nadaje torsowi i kończynom górnym szczególną postać powykrzywianą. Przez $4\frac{1}{2}$ lat nie ustało to ani na chwilę. O przyczynie nic nie wiadomo, rodzice i rodzeństwo zdrowi.

Czucie na wszystkie bodźce, zmysł mięśniowy, odruchy ścięgniste wszędzie prawidłowe, jak równie pobudliwość mechaniczna mięśni. Ruchy bierne w kończynach górnych niektóre bardzo utrudnione, prawie niemożliwe, a to z powodu przeszkadzających ruchów mimowolnych. Ruchy czynne z tego samego powodu nieraz niemożliwe, a zawsze bardzo trudne do wykonania. W dolnych i te i drugie prawidłowe.

Najczęściéj w kończynie lewéj występuje skurcz: *mm. biceps, brachialis internus* i *flexor carpi ulnaris*, ruch ksobny maksymalny palucha i paluszka, skurcz *m. palmaris brevis* i lekki skurcz zginaczy palców wspólnych. Ruchów antagonistycznych nie widać, kończyna górna prawa o d w r o t n i e dotkniętą jest ciągle skurczem *m. tricipitis*, który od czasu do czasu zniesiony bywa przez skurcz m. dwugłowego (zginanie bierne bardzo utrudnione). Daléj idzie skurcz *m. extensoris carpi ulnaris*. Wszystkie palce, oprócz palucha i wskaziciela ciągle wyprostowane.

Na szyi ciągły skurcz l e w e g o mięśnia mostko-obojczykowo-sutkowego i to tylko pęczka mostkowego. Wskutek tego głowa jest obrócona na prawo, broda skierowana do góry, a wyrostek sutkowy lewy posunięty ku przodowi i zbliżony do mostka.

Łopatka lewa bardzo zbliżona do kręgosłupa, dolny kąt więcéj niż górny, wewnętrzny brzeg wskutek tego idzie ukośnie z góry i z zewnątrz na dół i na wewnątrz. Dolny kąt mocno odstaje od żeber (jak przy porażeniu mięśnia zębatego wielkiego), porażeń jednak nie ma żadnych, gdyż chory jest w stanie wykonywać mięśniami łopatkowemi i barkiem bez wyjątku wszystkie ruchy.

Łopatka prawa trochę mniéj przysunięta do linii środkowéj, stoi bardziéj pionowo niż lewa, odstaje od żeber, lecz mniéj niż lewa.

Cały tułów przekrzywiony w 2 kierunkach: 1) z boku na bok i 2) z przodu ku tyłowi.

Część lędźwiowa i krzyżowa kręgosłupa wraz z miednicą tworzą z górną jego częścią prawie kąt prosty. Ztąd ogromna lordoza. Przytem znaczna skolijoza szyjowo-grzbietowa prawa i kompensacyjna lędźwiowa lewa.

Podczas snu znikają skurcze. Skolijoza istnieje choć w mniejszym stopniu. W dalsze szczegóły wdawać się nie będę, muszę tylko na tem miejscu podziękować kol. Czajkiewiczowi za wezwanie mnie do swego oddziału szpitalnego, gdzie ten niezwykle interesujący chory się znajdował.

Scoliosis ex dystrophia musculorum progressiva.

Mordka Z., 16 lat. Przed laty 5 zwrócono uwagę na utratę sił (u 11-letniego chłopca) i niezwykłe chudnienie obu kończyn górnych. Chudnienie to rozpoczęło się od skolijozy barków i zstępowało coraz niżéj bardzo powolnie. Poprzednio zawsze był zdrów. Ojciec jego od lat 15 choruje na „to samo“. kończyny górne jednak ma zdrowe, chudną mu tylko kończyny dolne i tułów. Matka i rodzeństwo zdrowe. Onanizmowi się nigdy nie oddawał, o przyczynie choroby nic a nic nie wie. W płucach i sercu zmian żadnych nie wykryto. Narządy jamy brzusznéj nie przedstawiają zmian wykryć się dających. Wszystkie nerwy czaszkowe sprawiają się prawidłowo. Rysy twarzy nic chorobliwego nie zdradzają, sensorium, sprawność pęcherza moczowego i kiszki stolcowéj zwykłe. Odruchy kolanowe i brzuszne dość żywe. Gruczoły chłonne pachwinowe nieco powiększone, a gruczoły udowe z obu stron wielkości małych śliwek. Wrażenie czucia na wszelkiego rodzaju bodźce na całem ciele prawidłowe.

Kończyny górne przedstawiają bardzo ważne i charakterystyczne zmiany, a mianowicie: Widocznym jest zanik wszystkich mięśni ramienia, wskutek czego n. p. zginanie w łokciu możliwem jest tylko w bardzo słabym stopniu, a wyprostowanie możliwe tylko przy pronacyi (działaniem *supinator longus*). Wskutek zaniku m. naramiennego (*deltoideus*), który podnosi abdukowane ramię do linii pozioméj, ruch ten jest niemożliwy. Widocznym

jest daléj zanik: mm. piersiowego wielkiego i mniejszego, mm. kapturowych i mostko obojczykowo-sutkowych. Ten ostatni przedstawia się ze strony lewéj już jako jeden tylko wąziutki paseczek, pęczek mostkowy, a po stronie prawéj jeszcze nieco mniéj zanikły złożony jest z dwóch oddzielnych pasemek, funkcyjonujących bardzo słabo.

Wskutek zaników mięśniowych kształty zewnętrzne klatki piersiowéj bardzo się zmieniły. Oba stawy mostkoobojczykowe wystają tak na szkielecie odpreparowanym, pod niemi widać 2 głębokie doły. Doły Morenheima wcale nie istnieją. Patrząc daléj z przodu na chorego widzimy ponad barkami i obojczykami (z obu stron) zupełnie niezwykłe wyniosłości: są to górne kąty i grzebienie obu łopatek, oraz akromijalne końce obojczyków. *Processus sternalis claviculae*, o których wystawaniu już mówiliśmy, są bezwarunkowo bardzo znacznie powiększone, z zachowaniem prawie zupełnem swego kształtu (*hypertrophia*), a stawy są tak rozszerzone i rozluźnione, że przy podrzucaniu ramienia odsiebnem można wygodnie między końce stawowe obojczyka i mostka pomieścić mały palec. Objaśnienie téj zmiany łatwe. Zanikły najpierw mięśnie wokoło stawu ramieniowego, wyręczały je te, które bark wraz z łopatką i zewnętrznym końcem obojczyka dźwigają, staw więc mostko-obojczykowy wyszlifował się nienormalnie. Z „zetknięcia siodełkowatego“ *(Diarthrosis par emboitement reciproque)* dorósł do wartości dużego stawu „kłykciowego“ (*Diarthrosis, condylarthrosis*), jak n. p. staw żuchwowo-skroniowy. Przedramiona i dłonie żadnych zmian chorobowych nie przedstawiają i przez to rażąco nieproporcyjonalnemi się wydają.

Klatka piersiowa przyjęła kształt beczkowaty, jak przy silnych postaciach rozedmy. Prawa połowa wydaje się mniéj pojemną i krótszą, jak gdyby pokrywająca ją muskulatura była mniéj zanikłą. Oddech spokojny, łatwy, jednakowy z obu stron. Mięśnie międzyżebrowe sprawiają się prawidłowo. Odruchy mięśni trójgłowiastych i dwugłowych ramienia zniesione zupełnie. Odruchy mięśni przedramieniowych normalne i wyraźne.

Spojrzawszy z tyłu lub z boku na chorego widzimy co następuje:

Położenie łopatek znacznie zmienione, odstają one silnie od tylnéj ściany klatki piersiowéj, a szczególniéj kąty dolne. Nadzwyczajnie też oddalone są od kręgosłupa i to prawa znacznie więcéj niż lewa (o 2 do 3 ctm.). W profilu widać, że kąt górny łopatek jest bliżéj klatki piersiowéj, niż kąt dolny, mocno odstający i daléj od kręgosłupa tak, że brzeg wewnętrzny łopatek zmienił swój kierunek, bo zmierza od góry i od zewnątrz na dół i na wewnątrz. Widocznym tedy jest zanik mięśni zębatych przednich wielkich (*musculi serrati antici majores*): z prawéj strony więcéj, niż z lewéj.

Musculi rhomboidei et levatores anguli scapulae także w stanie zaniku znacznego, jakkolwiek nie całkowitego. Chory jest w stanie więcéj przybliżyć łopatkę z lewéj strony niż z prawéj do kręgosłupa. Mięśnie wyprostne kręgosłupa także do pewnego stopnia zanikły, przez co wszystkie wyrostki cierniste są bardzo wydatne i powstała silna lordoza piersiowa (zamiast normalnéj kyfozy), oraz kompensacyjna *kyphosis cervicalis et lumbalis*. Oprócz tego pojawiła się wyraźna skolijoza z wypukłością: szyjową lewą, grzbietową prawą i największą lędźwiową lewą.

Chory chodzi dobrze, nie męczy się i nieźle trzyma tułów oraz głowę. Największe zaniki, bo prawie całkowite, dotyczą mięśni ramienia i mięśni piersiowych.

Reakcyi zwyrodnienia w mięśniach niema, pobudliwość elektryczna w mm. zanikłych zupełnie zniesiona, a w zdrowych zmniejszona.

Na całej skórze *prurigo*, a na obu łydkach *impetigo* od drapania.

Powierzchnie wyprostne większych stawów sine. Zmian troficznych w paznogciach i włosach niema.

Chory pomieszczony został w szpitalu Żydowskim w oddziale kol. Gajkiewicza, który ze zwykłą sobie koleżeńską życzliwością niejednokrotnie pozwalał mi go badać i własnych notatek użyczył.

Dnia 5 stycznia za zgodą chorego, po zastrzyknięciu podskórnem kokainy, wyciąłem mu dla zbadania 2 kawałki zanikłych mięśni, mianowicie 1 z m. naramiennego, a drugi z mięśnia trójgłowiastego po stronie lewéj. Rany zaszyłem, zgoiły się też doraźnie.

Rozpoznanie brzmiało „*dystrophia musculorum progressiva*“ w formie przez Erba opisanéj.

Widzieliśmy też z Gajkiewiczem drugiego chorego z tem cierpieniem. (Przedstawienie odpowiednich fotogramów).

Skrawki mięśniowe oddane zostały kol. Elsenbergowi, który w warszawskim szpitalu starozakonnych zawiaduje pracownią, przeznaczoną do badań patologicznych.

Rezultaty badań tego ostatniego stwierdziły w zupełności nasze rozpoznanie [1]).

Na preparatach tych widać, że włókna mięsne są bardzo wyraźnie poprzecznie, a szczególniéj podłużnie prążkowane, następnie zaczynają rozdzielać się na pojedyncze pierwotne włókieneczka podłużne (*Primitivfibrillen*), przez co każde włókno zajmuje w tym okresie daleko więcéj miejsca. W koło nich widać silne nacieczenie komórkami limfoidalnemi, okrągłemi, wydłużonemi i wreszcie dużo komórek wrzecionowatych młodej tkanki łącznéj. Nacieczenie widać szczególniéj dokoła naczyń krwionośnych, których *adventitia* wydaje się mocno zgrubiałą, a światło zwężonem. Włókna mięsne w miarę postępu sprawy przy zabarwianiu pikrokarminem barwią się karminem (kwasem pikrynowym słabo); widać coraz więcéj porozdzielanych zupełnie i nieco spiralnie pofalowanych włókienek, a z drugiéj strony coraz to większą ilość nowoutworzonych dużych komórek tłuszczowych.

Widzimy więc ztąd, że w samych włóknach mięśniowych żadnych zmian miąższowych znaleźć nie można było. Widać w nich zmiany takie, jakie zwykle zdarzają się przy początku zwykłéj zgorzeli. Preparaty te pozwalają przypuszczać, że najpierw mamy tu do czynienia z cierpieniem naczyń krwionośnych: *periarteriitis*. Nacieczenie wokoło najdrobniejszych nawet naczyń i tworzenie się nowéj tkanki łącznéj jest przyczyną tak znacznego zwężenia ich światła, że odżywianie pęczków mięśniowych upada zupełnie; dzielą się tedy one, czyli rozpadają na odrębne włókieneczka i wreszcie tkanka mięsna zanika zupełnie. W miarę jak sprawa ta postępuje, wytwarza się coraz to większa ilość tkanki tłuszczowéj, czy to przez nacieczenie tkanki łącznéj *ex vacuo*, czy też na drodze przemiany wstecznéj komórek tejże tkanki.

Z przypadku tego przekonałem się, że kolejno po sobie następujące, niezupełnie symetryczne zaniki mięśni mogą także spowodować u rosnącego osobnika skrzywienie kręgosłupa, wśród których niepoślednią rolę gra skrzywienie boczne.

III. Z kliniki prywatnéj chorób kobiecych A. Martina w Berlinie.

Śródbłoniak jajnika.

Skreślił
Dr. J. Pomorski
asystent kliniki A. Martina.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3.)

Rezultat badania drobnowidowego, jako też wejrzenie makroskopowe były tak podobne do utkania rakowego, iż po tem świeżem poszukiwaniu rozpoznałem zrakowaciałego skórzaka [2]). Rozpoznanie to jednak mnie nie zadowoliło; dla tego zabrałem się po dokładném stwardnieniu nowotworu do powtórnego badania.

Przy świeżem badaniu widziałem wprawdzie oczka podobne do tych, jakie zdarzają się w utkaniu rakowem, zastanowiło mnie jednakże, iż komórki nie leżą tuż obok siebie i nie wypełniają oczek, jak się to dziać zwykło w rakach, lecz tworzą w oczku małe grupki, a pomiędzy pojedynczemi komórkami znajdują się jakieś niezrozumiałe dla mnie wrzecionowate ciałka, które przedewszystkiem w stanie zabarwionym bardzo dobitnie się od właściwych komórek odróżniają. Pomiędzy grupkami leżały także rozprószone płaskie, kolankowe, wrzecionowate komórki, albo bardzo delikatne wrze-

---

[1]) Przywiozłem te preparaty przez Elsenberga przygotowane i przedstawiałem je Zjazdowi.

[2]) Z tą dyjagnozą przedstawiłem nowotwór na posiedzeniu towarzystwa ginekologicznego w Berlinie d. 8-go Lutego 1889 r.

cionka, skręcone na kształt sierpa i zaopatrzone w zgięciu w małe, nad powierzchnią wystające jąderka. Znowu występowały na widownię mniejsze, albo też bardzo wielkie okrągłe lub wieloboczne komórki olbrzymie z ogromną ilością jąder. Tu i owdzie leżały w oczkach całe wiązki równolegle do siebie ułożonych włókienek, a względnie wrzecionek, pomiędzy pojedynczemi włókienkami zaś okrągłe, małe komóreczki, ułożone na kształt sznurów perełkowych Zdawało się, jakoby ostatnie nie należały do treści oczek, lecz oderwały się przypadkowo od sąsiedniéj tkanki nadzwyczaj obficie w małe komórki uposażonéj. Na obwodzie oczka znajdowały się grube wrzeciona, które miały charakter więcéj łączno-tkankowy, ułożone były współśrodkowo do obwodu, w innych miejscach znowu pionowo. We wielu oczkach były komórki obwodowe zupełnie cylindryczne, a w miejscach, gdzie zwyrodnienie nowotworu już daléj postąpiło, gdzie już i okoliczna tkanka łączna z powodu śluzowego przeistoczenia była napęczniała, tam zlepiały się komórki wielkie, płaskie, nabłonkowate, jednakże bez dobrze rozpoznać się dającego jądra, w bryły kuliste, uwarstwione na kształt cebuli, albo na kształt perełek rakowych. Takowe nie przyjmowały barwików w tym stopniu, jak to czyniły obwodowe komórki, zaopatrzone jeszcze bez wyjątku we wyraziste jądro.

Było więc w treści oczka coś nadzwyczajnego: bardzo podobne do treści oczek rakowych, ale może jeszcze więcéj do układu mięsaków, komórki bowiem wrzecionowate i olbrzymie przemawiały bardzo za pierwiastkami mięsakowemi. Ostatnie zdawało się nawet być najprawdopodobniejszem, skoro na brzegu oczek nie było ściśléj, pewnéj granicy pomiędzy podścieliskiem a miąższem komórkowym, jak to widzimy u raków; owszem, nawet komórki wrzecionowate tak się stykały z sąsiednią, nader bogatą w komórki tkanką łączną, iż nie było można wcale wątpić, że komórki te, czy wrzecionowate, czy cylindrowe, musiały koniecznie powstać z tkanki łącznéj. Z powodu tego też poszukiwałem stałych zbitych miejsc ściany skórzaka, takich, gdzie jeszcze nie było zwyrodnienia i gdzie przeważała zbita tkanka łączna.

Tu zachodziły grube, przeplatające się włókna łącznotkankowe, pozostawiając pomiędzy sobą małe, podługowate szczeliny i otwory (Fig. 1). Jedne z nich nie posiadały żadnéj zawartości, inne miały na brzegu małą komórkę, w któréj, szczególniéj przy zabarwieniu, uwydatniało się okrągłe, ostro nacechowane jądro.

W niektórych jednakowoż szparach odnaleźć było można regularny pokład śródbłonkowy.

Komórki zdawały się być w stanie bardzo czynnym; oprócz nich bowiem spotykać można było tu i owdzie małe jąderka. Ostatnie zwiększały się, rosły, przybierały bladą, dosyć szeroką, protoplasmatyczną otoczkę i występowały już teraz jako komórki, które dokładnie od jąder małych rozróżnić było można. Nowe komórki gromadziły się po 3, 4 we wrzecionowatych szczelinach w kształcie sznura perełek (Fig. 1). Jak najdokładniéj więc można tu było przyglądać się procesom dzielenia się komórek.

Im liczniéj występują nowe komórki, tem więcéj zapełniają się niemi, a nawet rozszerzają szpary limfatyczne — w ten sposób powstają oczkowate, okrągłe, kolbiaste, torebkowate przestwory, zapełnione komórkami (Fig. 1).

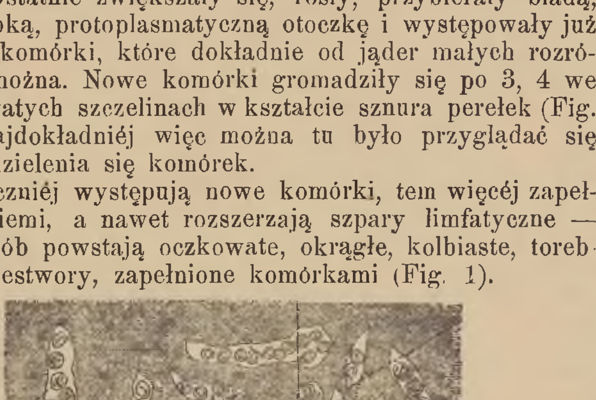


Fig. 1.

Ale i tkanka łączna nie pozostaje w tyle po za przeistoczeniem się szczelin limfatycznych. Twarde, równoległe wiązki włókien muszą się rozsuwać z powodu powstających pomiędzy niemi oczek. Grube belki włókien muszą się rozwłókniać, gdyż wszędzie wciskają się pomiędzy delikatne włókna nowo powstałe komórki.

Wytwarza się delikatna pajęczyna (Fig. 2), któréj siatka

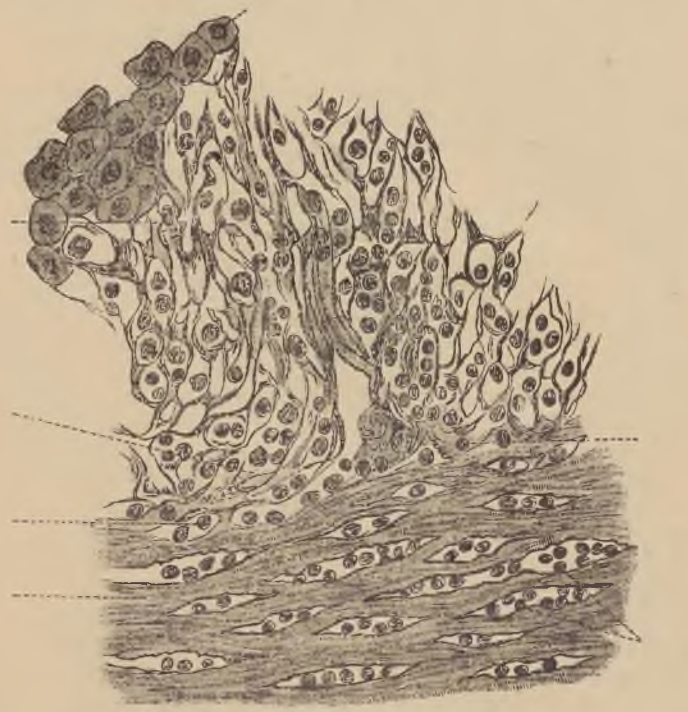


Fig. 2.

powstaje z włókienek, a względnie z dotykających się wyrostkami ostremi wrzecionek, któréj oczka zajmują nowo powstałe komórki. (Dok. nast.).

IV. Z oddziału położniczo-ginekologicznego prof. Dra Madurowicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Sprawozdanie za rok 1888.

Podał

Dr. W. Harajewicz,

sekundaryjusz tego oddziału.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 7).

Na oddziale chorób niewieścich pozostało z roku 1886-go chorych 11, przybyło w r. 1887 115, czyli razem było leczonych 126. Z tych opuściło szpital zdrowych 70, z polepszeniem zdrowia 28, nieuleczonych 8, przeniesiono na inne oddziały 4, umarło 4.

Z chorych przeniesionych 2 odesłano na oddział chorób wewn., t. j. jednę z powodu *Pneumonia catarrh.* mylnie na oddział ginekologiczny zakwalifikowano, drugą z *Febris typhoidalis*, która na oddziale III z powodu *Endometritis cervicalis* leczona, tamże zaczęła okazywać objawy choroby infekcyjnéj.

Jedna chora leczona na *Catarrhus uteri* w połączeniu z histeryją przeniesioną została na oddział chorób umysłowych, gdy objawy nerwowe zaczęły już przybierać charakter zboczenia umysłowego, na tle hysteryi powstałego.

Czwarta wreszcie chora przyjęta z rozpoznaniem *Vaginitis* odesłaną została na odd. chorób wenerycznych, gdy badanie wykazało zapalenie błony śluzowéj pochwy i cewki moczowéj natury rzeżączkowéj. Z 4 zmarłych uległo 3 charłactwu rakowemu, jedna zaś umarła z powodu posocznicy.

Chora ta przyniesiona na oddział d. 5/4 1887 r. już bezprzytomna, miała według wywiadów odbyć poród prawidłowy przed kilku tygodniami na wsi. Przywieziona do szpitala z gorączką przyjętą została na odd. chorób wewn., zkąd jednak po skonstantowaniu rozległego wrzodu po pęknięciu międzykrocza odesłaną została oddziałowi chirurgicznych chorób, a ztąd dopiero po kilku dniach transportowano ją już bezprzytomną zupełnie na oddział III ginekologiczny. Tutaj w 6 godzin po przyjęciu umarła. Za życia rozpoznano: *Moribunda, Septicaemia.*

Nazajutrz wykonana sekcyja wykazała: *„Ruptura perinaei. Vaginitis diphtheritica insignis. Atrophia uteri ex involutione incompleta. Nephritis apostematosa insignis ambilateralis. Pyelitis purul. Tumor lienis acutus. Degeneratio*

adiposa hepatis et musculi cordis. Pneumonia interstitialis suppurativa lobi intimi pulmonis dextri. Oedema subacutum pulmonum. Adhaesiones pleuriticae sin. diffusae. Oedema cerebri. Marasmus. Catarrhus ventriculi chronicus."

Przypadek na pozór nie przedstawiający nic osobliwszego, zasługuje jednak na wzmiankę ze względu na ważność i straszne następstwa owrzodzeń powstałych na tle pęknięcia międzykrocza u rodzących. Nieprawidłowość ta, względnie tak często napotykana i leczona, nabiera wielkiego znaczenia i niebezpieczeństwem grozi, gdy pozostawiona saméj sobie, skutkiem zakażenia rany z zewnątrz pochodzącego, staje się nieraz wprost zgubną dla organizmu.

Do przypadku tego nawiązując obserwowane pęknięcia międzykrocza podczas porodów na oddz. położniczym, muszę kilka uwag dodać co do skutków, jakie z leczenia otrzymałem. Pęknięć wszystkich było 16. Z tych 3 zupełne z oszczędzeniem zdziergacza zewnętrznego, jeden z przerwaniem tegoż, a 12 niezupełnych, w paru tylko przypadkach do połowy międzykrocza sięgających. Małe tedy i niezupełne nadpęknięcia zespajałem desinfekcyjonowanemi dokładnie serresfinami i oprócz 2 we wszystkich przypadkach zagojenie przez rychłozrost otrzymałem.

W pęknięciach zaś zupełnych dwa razy zszywałem międzykrocze jedwabnemi szwami węzełkowemi, głębokiemi i powierzchownemi, dwa razy zaś szwem katgutowym piętrowym. I o ile tego ostatniego postępowania rezultat był bardzo pomyślnym, gdyż zagojenie łatwo i szybko nastąpiło, o tyle zeszycie jedwabiem okazało się mniéj praktycznem. Jedwab bowiem jako materyjał mało podatny zawsze tkankę przerzynał, gdy katgut podatniejszy dostatecznie silnie i pewnie utrzymywał brzegi rany w spojeniu.

Rzecz to wszakże zupełnie naturalna, gdyż zachowanie się okolicy pęknięcia jako rany częścią gniecionéj, częścią dartéj, jest zupełnie innem od zachowania się ran ciętych, a dodawszy do tego znaczne rozpulchnienie i zwiotczenie tkaniny ciążą i porodem wywołane, otrzymamy stosunki, w których użyty niepodatny materyjał, jak jedwab, zadania swego nie spełni należycie, gdy katgut w zupełności celowi odpowiada.

Rok 1888.

Sprawozdanie z roku ubiegłego skończywszy na oddziale ginekologicznym, rozpoczynam niniejsze od tego samego oddziału dla ciągłości i dla zestawienia zbyt na jeden rok szczupłego materyjału.

W ogóle i w tym okresie nie mam wiele ważnych szczegółów do zanotowania, parę z nich wszakże na wzmiankę zasługuje. Statystyka ogólna wynosi: z roku 1887 pozostało chorych 12, w roku 1888 przybyło chorych 107; razem 119. Z tych opuściło szpital uleczonych 72, z polepszeniem 18, nieuleczonych 21, umarła 1; pozostało zatem na rok następny 18.

Operacyj ogółem wykonano 7, a mianowicie:

1) *Exstirpatio uteri per vaginam* z powodu raka macicy. Wyleczona.

2) *Fistulorrhaphia* 2 razy. Raz z powodu przetoki pęcherzowo pochwowéj. Chora ta z powodu rozejścia się szwów odesłaną została do kliniki ginekolog. w celu wykonania powtórnéj operacyi. Drugi raz zaś dla przetoki cewkowo-pochwowéj. W przypadku tym również parę szwów się rozluźniło, skutkiem czego tylko górna część szczelinowatéj przetoki zrosła się, dolna zaś nie. Chora ta ze znacznem polepszeniem opuściła zakład, gdyż utrzymywanie moczu było łatwiejszem, przez co i okolica zewnętrznych części rodnych mniéj była narażoną na ciągłe drażnienie odpływającym moczem.

3) *Torsio polipi fibrosi uteri*. Polyp ten wielkości orzecha włoskiego na długiéj a cienkiéj szypule z przedniéj ściany macicy opuścił się do szyjki i też rozciągał, wywołując równocześnie krwotoki. Uchwycony w szczypce Museauxa łatwo dał się odkręcić, ale wydobycie go przez mało rozwarte ujście zew. było trudnem. Tak, iż dopiero po zmniejszeniu objętości guza można go było swobodnie wydobyć. Chora opuściła zakład wyleczona.

4) *Hysterostomatomia* wykonana przyrządem Greenhalgha miała na celu ułatwienie dostępu do szyji i jamy macicy w celu leczenia *endometritis*. Chorą jako wyleczoną wypisano.

5) *Oncotomia* wykonaną została u choréj R. R. z powodu ropnia, który wytworzył się wśród wysięku omacicznego po stronie lewéj. Ponieważ chora ta równocześnie okazywała objawy nacieku specyficznego w obu szczytach płuc, przeto przypuszczałem, że i powstanie tego ropnia odnieść należy do organicznéj choroby. Istotnie ropa wypuszczona w ilości około $^1/_2$ litra była rzadką, więcéj żółtą, mało cuchnącą. Po operacyi zaś bardzo szybko stan sił ogólny się poprawił, a zmiany w płucach także coraz słabsze objawy dawały. Po 3 tygodniach operowana opuściła w dobrym stanie zakład. W szczytach pozostało tylko przytłumienie z zaostrzeniem szmerów oddechowych, a z exsudatu można było tylko zgrubienie tkaniny w sklepieniu lewem wybadać.

6) *Punctio abdominis* z powodu nagromadzenia znacznéj ilości płynu przesączynowego w jamie otrzewnowéj, a sprawiającego już objawy groźne z powodu ucisku na płuca znacznego i podniesienia ku górze przepony. *Ascites* wywołany został przez obrzęk wielki, z prawego prawdopodobnie jajnika wychodzący, *kystoma multiloculare ovarii probab. dextri*, które wypełniając w znacznéj części miednicę małą, a sięgając po stronie prawéj wyżéj pępka, uciskało naczynia krwionośne w jamie brzusznéj przebiegające. O doszczętnéj operacyi mowy nawet nie było z powodu rozlicznych i obszernych zrostów do ścian miednicy, które obrzęk ten do całéj okolicy przyczepiony unieruchomiały.

Wracając jeszcze do operacyi pod l. 1 zanotowanéj, nadmienić muszę o niéj kilka szczegółów.

F. Ż. l. 35 licząca, była już dwukrotnie operowaną w szpitalu przez prof. Madurowicza z powodu *Carcinoma labii posterioris*. Po raz pierwszy d. 28/5 1887 r. wykonaną została amputacyja tylnéj wargi i przypalenie przyrządem Pacquelina. Drugi raz w listopadzie tegoż samego roku musiała być wyskrobaną wewn. powierzchnia wargi przedniéj i część tylnéj ściany *cervix* z powodu wybujałości rakowatych, wywołujących częste krwawienia. W miesiąc po téj operacyi, gdy cała powierzchnia ranna pokryła się prawidłową ziarniną i nigdzie nowych zmian nowotworowych nie można było stwierdzić, wypisano operowaną jako uleczoną.

W styczniu jednak 1888 r. zgłosiła się chora po raz trzeci z powodu bólów, jakich doznawała w krzyżach i udzie prawem i upławów z krwią zmięszanych. Badanie wykazało, że osoba dawniéj dobrze odżywiona i czerstwo wyglądająca schudła znacznie, a cera przybrała nieco ziemiste zabarwienie. Organa kl. piers. nie przedstawiają zboczeń, w brzuchu zaś oprócz zwiększonego oporu w prawem *parametrium* nic nieprawidłowego nie było. Gruczoły w pachwinach niewyraźnie powiększone. Badanie wewnętrzne wykazało brak wargi tylnéj, natomiast ubytek tkaniny w dalszym ciągu części pochwowéj, który spowodował znaczne jéj w tem miejscu ścieńczenie. Warga przednia wydłużona posiadała od powierzchni wewnętrznéj również ubytek tkaniny, łączący się z ubytkiem od tyłu tak, iż razem tworzyły krater obszerny, który ku górze się zwężał, a dosięgał szczytem ujścia wewn. Cała powierzchnia tego krateru była nierówną, guzkowatą, łatwo krwawiącą. Sklepienia wolne z wyjątkiem prawego, w którem dawał się wyczuć opór i zgrubienie z nacieku nowotworowego w *parametrium* prawem. Macica mało ruchoma, nieco powiększona. Prof. Madurowicz wśród takich warunków, z obawy szybkiéj recydywy, nie chciał wykonać wyjęcia macicy pochwą. Przez chorą zaproszony prof. Rydygier wykonał na oddziale operacyję wyjęcia macicy przez pochwę d. 21/1 1888 r. Wśród operacyi typowéj metodą Czernego nic nie zaszło osobliwego. Sprawdzono tylko, że nowotwór zniszczył znacznie część pochwową i zajął naciekiem swoim okolicę omaciczną prawą. Przebieg po operacyi był bardzo pomyślnym, nie można było nigdy stwierdzić nowych nacieków lub zmian rakowatych, a operowana li tylko z powodu znaczniejszego osłabienia musiała być pielęgnowaną na oddziale aż do 19/3 1888 r., w którym to dniu pojechała do domu.

Szczęśliwie dokonana operacyja mimo podejrzanych zboczeń w parametriach rokowała pewne nadzieje, przynajmniéj co do przedłużenia życia na większy okres czasu. Dowiedziałem się wszakże późniéj prywatnie, że pacyjentka umarła w $^1/_2$ roku po operacyi z powodu wielkich zmian nowotworowych miejscowo i w organizmie całym usadowionych.

Frekwencyja chorych była ogółem wziąwszy, mniejszą, aniżeli roku ubiegłego, jednakże rezultaty leczenia, jak to z wykazu szczegółowego wynika, były lepsze, a śmiertelność znacznie

mniejszą. Lepsze wyniki zależą naturalnie w znacznéj części od rodzaju chorób, ale nie można także odmówić zasług i metodzie leczenia tychże. Niejedna bowiem z chorób dawniéj wyczekująco leczona, lub która zwyczajnym środkom nie ustępowała, poddawała się wreszcie zmienionemu sposobowi kuracyi i chociaż nieraz uporczywa, ulegała wreszcie usilnym staraniom.

Do chorób takich zaliczam przedewszystkiem dewijacyje, które tak często w ułożeniu macicy napotkać można. Leczone krążkami, tamponami i kąpielami, gdy przyczyną choroby były dawne pozapalne najczęściéj skrócenia lub zgrubienia tkaniny ten organ okalającéj, nie bywają ostatecznie zniesionemi, ale przez mechaniczny wpływ czasowo usuniętemi, aby znowu powrócić, gdy braknie podpory równoważącéj zboczenie. Tego roku zacząłem systematycznie w kilkunastu przypadkach używać mięsienia, którego rezultaty niezaprzeczenie do dobrych liczyć się muszą.

Nie zawsze jednak mimo usilnych prób mogłem przyznać, że choroba usuniętą została; były bowiem przypadki, że chore w takim samym stanie, w jakim na oddział przybywały, opuszczały takowy. Odnosi się to mianowicie do przypadków, w których zboczenie w położeniu lub osi macicy powstało na podstawie zbytniego zwiotczenia więzów organ ten w prawidłowéj pozycyi utrzymujących, albo też na podstawie długotrwałych już zapaleń miąższu macicy.

Najgorszą zaś okolicznością bywało, gdy zwiotczenia takie leczyć wypadało u osób, które kilkakrotnie, lub więcéj razy nawet rodziły, lub też u indywiduów, choćby młodych nawet i niezbyt porodami wyczerpanych, ale dotkniętych długotrwałą, a trudną do usunięcia bezkrwistością czy to pierwotną, czy też następową.

W podobnych warunkach mięsienie nigdy nie doprowadzało do takich rezultatów, jakich należałoby się po niem spodziewać, raz z powodu organicznéj choroby, powtóre dla tego, że kuracyję powyższą długo należałoby prowadzić, a na to znowu stosunki szpitalne nie pozwalają.

Natomiast, gdy chodzi o powolne i systematyczne naciąganie zgrubiałych lub skróconych więzów, skutki massage występują wyraźnie. W takich przypadkach zboczenia w położeniu macicy nie stanowią niewdzięcznego pola dla terapii. Prawda, że i do tego potrzeba czasu, a szczególnie cierpliwości ze strony lekarza, ale też za to często ona bywa wynagrodzoną pomyślnym skutkiem przedsiębranéj kuracyi.

Gdy już mowa o mięsieniu, sam przez się na myśl się nasuwa drugi rodzaj choroby, nieraz tym środkiem leczonéj, t. j. wysięki koło lub przymaciczne. Choroba ta stanowi co do liczby najważniejszą i najczęstszą chorobę ze wszystkich.

Największy kontyngens chorych z ekssudatami rekrutuje się ze służących, które wcześniéj lub późniéj po porodzie nierozważnie najczęściéj téj choroby się nabawiwszy, ostatecznie szukają opieki w szpitalu.

Następną po tych rubrykę zapełniają chore, które przypadkowo lub pracując ciężko, albo też popełniając ekscesy rozmaitego rodzaju podczas przekrwienia organów rodnych, stojącego w bezpośrednim związku z regularnością, dostają krwistka przymacicznego. Zboczenie to daje się względnie bardzo rzadko obserwować w rozwoju swym, lub pierwszych okresach.

Najczęściéj chore przychodzą już z następowem reakcyjnem zapaleniem w okolicy i odpowiednim wysiękiem.

Wszystkie przypadki tym ostatnim podobne zbierając widzimy, o czem każdy lekarz, mający więcéj do czynienia z chorobami kobiecemi, przekonał się niezawodnie, że właśnie one najdłużéj i najenergiczniéj kuracyi się opierają.

Niezawodnie, że główną rolę w tym względzie gra unaczynienie miejsc odpowiednich i łatwiejszy lub trudniejszy dostęp dla zabiegów terapeutycznych. Tylna ściana macicy na znacznéj względnie przestrzeni okryta błoną surowiczą, mniéj tem samem posiada naczyń w otoczeniu swojem, aniżeli przednia lub boczne, stojące w bezpośrednim związku z tkaniną obficie unaczynioną, a tem samem dającą lepszą sposobność do powrotu do stanu normalnego w razie zapalenia i tegoż następstw. Oczywistą więc jest rzeczą, że przypadki, w których mamy do czynienia z produktem zapalnym po za macicą umiejscowionym, w wielu razach, jeżeli nie ujemnie, to długo bardzo i mozolnie bywają leczonemi.

Uwagę tę stosuję specyjalnie do zastosowania mięsienia w razach nacieku w tylnem sklepieniu, lub wysięku zapalnego w *cavum Douglasii*. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Dr. Neumann (Berlin): **Prątki durowe w moczu.**

Często dopiero wykrycie prątków swoistych rozstrzyga o rozpoznaniu duru, a wykazanie ich jest rzeczą nie małej wagi. N. badał mocz 48 chorych na tyfus i u 8 znalazł prątki w znacznéj, u 5 zaś w małéj ilości. Często już i gołem okiem z charakterystycznego zmętnienia moczu można wnioskować o istnieniu bakteryj, a ponieważ mocz ludzi zdrowych nie zawiera ich, więc obecność takowych u durowo podejrzanych jest pod względem rozpoznawczym bardzo ważną. W przebiegu duru tworzą się w nerkach ogniska prątków swoistych, które jeżeli umiejscowiają się przy kanalikach, do moczu się łatwo dostają. Ogniska te tworzą się równocześnie z wystąpieniem wysypki, diatego też w jéj okresie, najwięcéj bakteryj w moczu znaleść można. Rokowanie nie zależy od ilości prątków znalezionych. W pęcherzu znajdują one korzystne warunki do rozmnażania się. Ważnem jest odkrycie, iż nawet w rekonwalescencyi można je napotkać, a N. w 24 dniu po chorobie w moczu je znalazł. Z tego wynika, iż w okresie ozdrowienia dur za pomocą moczu łatwo przenieść można, jak długo więc prątki w niem się znajdują, nie należy chorego uważać za rekonwalescenta. Zdaje się, że mogą one w pęcherzu długo przebywać, nim mocz zupełnie je wypłuka. N. znalazł prócz swoistych durowych prątków, także 2 razy *streptococcus aureus*. (*Müncher med. Wchft.*, 1890, Nr. 4). *Dr. Mendelsburg.*

Fizyjologija.

T. Openchowski (Dorpat): **O ogólnem unerwieniu żołądka.**

1) Prawidłowe ruchy żołądka w całości u żyjących zwierząt w skrzyni ogrzewanéj: na granicy między górną i środkową trzecią częścią żołądka spostrzega się rowek środkowy, pozostający tak długo, aż żołądek fazę swych ruchów ukończył, która polega na tem, że fala peristaltyczna rozchodzi się jednostajnie od tego rowka ku części odźwiernikowéj; łącząca się z wpustem górna jedna trzecia żołądka nie przedstawia ruchów. Wpust sam i odźwiernik okazują szczególne, na przemian odbywające się otwieranie i zamykanie i to najczęściéj o cesze odwrotnéj. Cechę tego ruchu należy przypisać istnieniu komórek zwojowych. O. wykrył u nowonarodzonych królików w żołądku kępki zwojów, nie mających nic wspólnego z znanemi zwojami Auerbacha. Zwoje wspomniane łączą się z dużemi włóknami błędno-współczulnemi, leżącemi na żołądku. Topografia tych kępek zwojowych tłómaczy rodzaj ruchów automatycznych. Połączenie żołądka z środkowym układem nerwowym odbywa się w dwojaki sposób. Powiększenie ruchu robaczkowego żołądka można osiągnąć przez drażnienie wzgórka czworaczego; wychodzące ztąd drogi idą głównie przez rdzeń pacierzowy i rozgałęziają się w dolnéj części rdzenia piersiowego przez pień nerwo zwojowy. Ruch robaczkowy żołądka, mianowicie górnéj części trzeciéj można zatamować przez drażnienie górnéj części rdzenia piersiowego, a drogi przebiegają w nerwie współczulnym i trzewowym. W p u s t: Można godzinami spostrzegać automatyczne ruchy wpustu (tętno wpustowe), zawdzięczające swoje powstanie znacznéj liczbie zwojów. Zamknięcie wpustu wywołuje się ośrodkowo przez drażnienie tylnych części wzgórka czworaczego, a otwarcie za pomocą ośrodków leżących w rdzeniu i mózgu. O d ź w i e r n i k i c z ę ś ć o d ź w i e r n i k o w a: Ruchy automatyczne odźwiernika, podobnie jak wpustu, wywołać mogą także inne czynniki, jak n. p. miejscowa niedokrewność i zależą prawdopodobnie od wspomnianych kępek zwojowych. Co się tyczy współudziału żołądka podczas wymiotów, to żołądek bierze tu czynny udział. Pod wpływem środków wymiotnych zmienia się prawidłowy ruch robaczkowy w następujący sposób: z początku silny niepokój jelit, następnie zamknięcie odźwiernika, poczem powstaje niepokój ściany żołądka, który zaczynając się od części odźwiernikowéj przechodzi w kurcze; górna część trzecia nie porusza się, lecz rozdyma się. Tak przez wzmocnienie kurczów odźwiernika treść żołądka znajduje wyjście w przeciwnym kierunku i musi kierować się ku rozszerzonéj części. Z tego

wynika, że odźwiernik i część odźwiernikowa są najważszemi częściami podczas wymiotów. Następnie zostaje zawartość przez zapadanie się rozszerzonéj części żołądka z powodu parcia tłoczni brzusznej na nią, popchniętą do przełyku. Zjawisko opisane powtarza się okresowo. W końcu podaje O. podział działania środków wymiotnych: wymioty, które zaliczyć musimy do pierwszéj, centralnéj grupy, stają się niemożebne: przez zniszczenie wzgórka czworaczego, przecięcie rdzenia pacierzowego aż do piątego kręgu, względnie przednich sznurów i t. d. Co się tyczy drugiego rodzaju środków wymiotnych *(Cupr. sulf. Tart. stibiat.)*, to ich droga pośrednicząca leży tylko w nerwach błędnych. *(Deut. m. Woch.*, 1889, Nr. 35). *Dr. Baschkopf.*

Patologija.

Dr. Casper (Berlin): **Niepłodność u mężczyzn.**

Dwie są przyczyny niepłodności męskiéj: 1) *Aspermatismus* czyli brak wydzielania cieczy nasiennéj; 2) *Azoospermia* czyli brak plemników w téjże cieczy. *Aspermatismus* występuje z powodu: a) zmian chorobowych w *ductus ejaculatorius*; b) znieczulenia nerwów prącia; c) znieczulenia *plexus genitalis*, d) z przyczyn psychicznych. Przy *azoospermii* wydaje się wśród podniecenia płciowego ciecz, ale ta albo plemników nie zawiera albo są one martwe i to albo skutkiem ogólnego charłactwa, obustronnego przebytego rzeżączkowego zapalenia jąder, skutkiem zwyrodnienia ich gruźliczego lub rakowego lub przy niedostatecznym rozwoju jąder (*anorchismus*). Że czasem i jad kiłowy może być przyczyną *azoospermii*, świadczy przypadek przez C. opisany. Mężczyzna 20 kilkoletni, silnéj budowy od 2 lat żonaty nie mógł zapłodnić żony. Badanie obojga małżonków wykazało, iż mąż mimo prawidłowéj budowy narządu płciowego wydzielał ciecz bez nasienia. Dalsze badanie wykazało obrzmienie gruczołów limfatycznych, wrzód natury kiłowéj na migdałku i bliznę na żołędzi. Ponieważ nie można było znaleść żadnéj innéj przyczyny *azoospermii*, więc zakażenie kiłowe musiało mieć pewien związek z niepłodnością. Mężczyzna ten przeszedł kuracyję przeciwkiłową. Po 2 miesiącach w wydzielonéj do kondomu przy spółkowaniu z żoną cieczy znaleziono kilka leniwie się poruszających plemników, a po 2 dalszych miesiącach znaleziono już ich 20, po 7 zaś miesiącach od dnia rozpoczęcia kuracyi rachując, żona jego zastąpiła i powiła dziecko z objawami kiły dziedzicznéj. Nie podlega więc wątpliwości, iż jad kiłowy może zniszczyć tak samo jak morfina produkcyję plemników, co już Grusow i Liegeois także wykazali. (*Mün. med. Wchft.* 1890, Nr. 4). *Dr. Mendelsburg.*

O. Silbermann: **O klinicznych i anatomicznych zmianach po rozległych spaleniach skóry.**

1) Po rozległych spaleniach skóry występuje nietylko zmiana postaci czerwonych ciałek krwi, lecz także zmiana odporności wobec pewnych wpływów, jak gorąca, barwików i t. d. 2) W następstwie tych zmian przychodzi do licznych zakrzepów drobniejszych tętnic i naczyń włosowatych, prócz tego do zastojów w rozmaitych narządach, w płucach, nerkach, żołądku, jelitach, śledzionie, wątrobie, skórze i mózgu. Zamknięcia naczyń są najliczniejsze w delikatniejszych gałązkach tętnicy płucnéj. 3) Z powodu rozległego zatkania naczyń włosowatych płuc powstaje z jednéj strony znaczny zastój w zakresie żylnym, z drugiéj niebezpieczna niedokrewność tętnicza. 4) Z znacznego żylnego zastoju i zatkania naczyń skrzepami pochodzą wynaczynienia i miąższowe zmiany w płucu, nerce, wątrobie, żołądku i t. d. 5) Z opisanych zboczeń w krążeniu tłomaczy sobie S. duszność, sinicę, śpiączkę, drobność tętna, kurcze, bezmocz i t. d, nadto uderzające obniżenie ciepłoty skóry, powstałe przez skurcz naczyń skórnych w następstwie niedokrewności tętniczéj. (*Centr. f. d. med. Wiss.*, 1889, Nr. 28).

Docent J. Dollinger (Budapeszt): **Czy gruźlicę kości można odziedziczyć?**

Już dawno zrobił D. spostrzeżenie, że rodzice, szukający u niego porady z powodu dzieci swych dotkniętych gruźlicą kości lub stawów, rzadko byli dotknięci gruźlicą, że natomiast bardzo często dziad lub babka lub oboje zmarli na gruźlicę płuc. Badania dokładne pod tym względem wykazały okoliczność dotychczas jeszcze nieznaną i zasługującą dla tego na ogłoszenie. Jako materyjału do swéj statystyki użył klienteli z ordynacyi publicznéj, gdyż chorzy należący do stanów wykształconych ukrywali przed nim gruźlicę rodziców lub dziadków. D. wypytywał 250-ciu chorych, cierpiących gruźlicę kości lub stawów: w 153-ech przypadkach nie mógł wykazać gruźlicy u rodziców, najczęściej była przyczyna śmierci zmarłych wogóle nieznaną; w 97-miu przypadkach zmarli lub chorowali rodzice lub dziadkowie na gruźlicę płuc. 37 razy byli rodzice gruźliczymi, mianowicie 21 razy matka, 15 razy ojciec, raz oboje rodzice. W 60-ciu przypadkach byli już dziadkowie gruźliczymi, a mianowicie ze strony ojca i matki, w równéj prawie częstości. Z dat powyższych można czynić wnioski, że gruźlica kości występuje najczęściéj nie u dzieci, lecz dopiero u wnuków ludzi, dotkniętych gruźlicą płuc; kości muszą więc przez kilka pokoleń pozostawać pod wpływem jadu gruźliczego i przezeń do pewnego stopnia być osłabione, aby tworzyć urodzajną glebę dla rozwoju prątka Kocha. (*Centrbl. f. Chir.*, 1889, Nr. 35). *Dr. Baschkopf.*

Farmakologija.

Prof. Dr. Stiller (Budapeszt): **O zastosowaniu leczniczem salicylanu sodowego.**

Salicylan sodowy okazał się znakomitym środkiem w chorobach wątroby, a mianowicie w kamieniach żółciowych. W pracy swéj opisuje S. przebieg choroby u dwu chorych cierpiących na kamienie żółciowe, a leczonych salicylanem sodowym. Efekt przeszedł wszelkie oczekiwanie. Ciężko od dawna chorzy, wysoko gorączkujący, niepokojeni silnemi bólami, wymiotami i brakiem apetytu po kilku dniach używania salicylanu sodowego prawie zupełnie powracają do zdrowia. S. podaje sal. sod. wobec kamyków żółciowych w małych dawkach, a mianowicie najwyżéj 4 razy dziennie po 0·5 i to w celu uniknięcia drażnienia bł. śluzowéj żołądka nie w opłatku lecz w $\frac{1}{2}$ szklance wody sodowéj, lub z jaką inną wodą alkaliczną kwaśną, dodając często do téj dawki 0·01 *Extr. Belladonnae* w celu zmniejszenia zadrażnienia żołądka. Przy tem poleca jeszcze ścisłą dyjetę, okłady na okolicę wątroby, a za napój wodę bilińską, Giesshübel, a leczenie następowe w Karlsbadzie lub Vichy. Leczenie to przenosi S nad wszelkie inne sposoby leczenia używane w kamykach żółciowych, jak n. p. krople Duranda i podawanie większéj ilości oliwy; salicylan sodowy w działaniu bowiem ma je przewyższać, a nadto przyjemniejszy jest w użyciu i działa jeszcze wprost jako *nervinum.* Działanie to kw. salic. i jego soli ma polegać, jak to badacze angielscy doświadczalnie na zwierzętach wykazali, na wzmożonem wydzielaniu żółci. Większa ilość żółci pomału rozszerza przewód żółciowy, w którym kamyk utkwił, lub też jako zwiększona *vis a tergo* jest go w stanie posunąć naprzód. Są przypadki kamyków żółciowych, które nie nadają się do leczenia salicylanem sodowym, n. p., gdy za wielki kamyk utkwił w ścianach przewodu żółciowego, lub gdy kamyk znajduje się w *ductus cysticus,* to wtedy wzmożony strumień żółci jużto nie jest w stanie wydalić go, jużto nie napotyka go jako przeszkody na drodze, lecz i tu może być korzystnem podawanie salicylanu sod., gdyż koi on bóle zwłaszcza, że w podobnych przypadkach *ultima ratio* jest zabieg operacyjny. S. radzi także podawać sal. sod. w żółtaczce nieżytowéj i to w bardzo małych dawkach, mając wzgląd na pierwotne zadrażnienie nieżytowe żołądka.

Jako dalsze wskazanie do zastosowania salic. sodow. poleca S. usilnie zapalenie opłucnéj surowicze. I tu autor w doświadczeniach swych 2 letnich nad tym środkiem widział nader zadziwiające wyniki. Często natychmiast prawie po podaniu wspomnianego leku wysięk surowiczy przestaje się zwiększać, a nieraz w kilku dniach ulega zupełnemu wessaniu. Tak wielkie zaufanie ma S. do salicyl. sod. w zapaleniu opłucnéj surowiczem, że lek ten chce nawet uważać za ułatwiający rozróżnienie zapalenia opłucnéj surowiczego od ropnego. Działanie to przypisuje autor własnościom moczopędnym salicylanu sodowego. W chorobie téj podaje S. salicylan sodowy 3·0—4·0 gr. dziennie w rozczynie co godzina łyżkę.

Energicznym okazał mu się ten środek także w świeżéj rwie kulszowéj, gdzie podaje go 4·0—5·0 gr. dziennie,

jakoteż w świeżych obwodowych porażeniach nerwu twarzowego. (*Wr. med. Presse*, 1—2, 1890). *D. Hicner.*

Choroby nerwowe.

Prof. Charcot (Paryż): **Wpływ piorunu na układ nerwowy.**

Boudin, który więcéj niż inni neurologowie, wpływ jaki piorun na układ nerwowy wywiera, badał (*La foudre. Annales d'Hygiène publique*), jeszcze w roku 1855 w ten sposób się wyraził: „skutki, jakie piorun w układzie nerwowym wywołuje, są dziwne i zagadkowe". Dziś niezupełnie się na to zgodzić możemy. Najgłówniejszym skutkiem są bezsprzecznie objawy porażenne, krócéj lub dłużéj trwające.

Jako przykład niechaj służy historyja choroby byłego żołnierza, który przebył kampaniję meksykańską i niemiecką, a będąc kilkakrotnie w ogniu nie zdradzał wcale słabych nerwów. W maju 1889 r. idąc wśród burzy drogą do Paryża, został rażony piorunem. Najpierw wstrząsnęło coś całém jego ciałem, po kilku minutach równocześnie z silnym grzmotem ujrzał na drodze w odległości jednego metra ognistą kulę wprost ku sobie idącą. W téj chwili poczuł silne uderzenie, jakby deską w całą lewą połowę swego ciała, wskutek czego upadł i na kilka minut stracił przytomność. Odzyskawszy ją, uczuł, iż lewe kończyny miał ociężałe i nie mógł niemi poruszać, ogarnęło go takie rozczulenie, iż rzewnie płakać począł. Po pewnym dopiero czasie z wielką biedą zupełnie przemoknięty powlókł się do najbliższego przydrożnego domu, gdzie straciwszy pamięć nie umiał opowiedzieć, co się z nim stało. Po chwili odzyskawszy pamięć, nie mógł słów płynnie wymawiać, tylko zaczął się jąkać. Równocześnie ogarnęło go uczucie lęku, wystąpił *globus hystericus*, po raz wtóry ogarnęło go rozczulenie tak, iż znów zapłakał.

Przypadek ten w następujących punktach różni się od zwykłych. Rażony widział blask i słyszał grzmot. Jestto dodowodem, iż nie stracił całkowicie przytomności, a zatem uraz nie objął głowy, czyli nie był całkowity, lecz częściowy. Piorun zatem nie szedł liniją zygzakowatą, ale kolistą jak rakieta (*foudre en fusée ou en globe*). Piorun taką drogą idący jest słabszy, nie razi tak szybko jak kiedy idzie zygzakiem i zostawia jeszcze tyle przytomności rażonemu, iż go widzieć i słyszeć może. Linii keranograficznych nie było, lecz nie są one konieczne nawet w przypadkach śmiertelnych. Można wejść w sferę działania iskry elektrycznéj, jak w opisanym przypadku i uledz urazowi, a nie być poparzony ogniem, który nie w całéj sferze działania iskry się rozpościera, lecz tylko w niektórych kierunkach. Cały stan psychiczny, jaki w opisanym przypadku rażony okazywał, jest znany pod nazwą *Delirium* rażonych. Najwybitniejszemi objawami w przypadku opisanym są porażenia kończyn lewych. Doświadczenia robione przez Froostwika i Nothnagla na zwierzętach nauczyły, iż porażenia uderzeniem elektrycznem wywołane były trojakiego rodzaju, a mianowicie występowały jako różnego nasilenia znieczulenia, porażenia ruchowe i zniesienia pobudliwości elektrycznéj. Te same objawy występują w rzeczywistości u człowieka piorunem rażonego jużto jako *hemi*, *para* lub *monoplegia*, trwają krótko od kilku godzin do kilku dni, nie zostawiając żadnego śladu po sobie.

W przypadku opisanym prócz znieczuleń i porażeń ruchowych kończyn, skonstatowano także jeszcze utratę zmysłów smaku i powonienia, ścieśnienie pola widzenia jakoteż znieczulenie gardła. Prócz tego wystąpiło nagłe jąkanie się, *globus hystericus* i płacz częsty, podrażnienie stanu psychicznego stwierdzający. Objawy te przypominają nam stan, jaki występuje u ludzi wskutek przestrachu po przypadkach kolejowych (*Railway spine*). Nie podlega wątpliwości, że i piorun w opisanym przypadku działał zupełnie tak samo jak shock kolejowy i że wszystkie te ostatnie objawy nerwowe są histerycznéj natury czyli że człowiek ten wskutek rażenia piorunem stał się także wogóle histerykiem. Porażenia czuciowe i ruchowe piorunem wywołane, jeżeli u rażonego przyłączą się, jak to się w opisanym przypadku stało, jeszcze objawy histeryczne, mogą w dalszym ciągu zmienić swe tło na histeryczne i jako takie dłuższy czas trwać. Przypadek ten więc i z tego względu zasługuje na uwagę, iż prócz zwykłych objawów porażennych przystąpiły także objawy czysto histerycznéj natury, a przypadki takie opisali tylko Nothnagel, Onimus i Gibier de Savigny. (*Wr. med. Wschft.*, 1890 Nr. 1, 2, 3). *Dr. Mendelsburg.*

Chirurgija.

Dr. W. Körte: **Rany postrzałowe brzucha pod względem wojskowo-chirurgicznym i ich leczenie.**

Jakie znaczenie mają rany postrzałowe brzucha dla chirurga wojskowego, określają najlepiéj słowa Bella: „Po bitwie liczba ranionych w brzuch ma się tak do ogółu rannych, jak powierzchnia tegoż do powierzchni całego ciała; w kilka dni późniéj jednak nie znajdziemy w lazaretach polnych żadnego, lub tylko kilku z lekką raną. Z liczby pozostałych na placu w bitwach z roku 1870/71 na rany brzucha przypadało przeszło 10% z ogólnéj liczby poległych, a z przypadków, gdzie jeszcze pomoc lekarska mogła mieć miejsce, zapisać należy największą śmiertelność, bo wynoszącą 35%.

Rany powierzchowne brzucha będą w przyszłości nadzwyczajnie rzadkie, broń bowiem palna nowszych systemów wyrzuca pociski z taką siłą, że tylko w szczególnie szczęśliwych przypadkach może być mowa o tem, aby kula, zraniwszy tylko zewnętrzną powłokę, nie dostała się do jamy otrzewnéj. Rozumie się samo przez się, że te rany należeć będą do najlżejszych, chociaż i one często w następstwie wywołują zapalenie otrzewny, jak również choćby i po zagojeniu mogą stać się przyczyną przepukliny, wymagającéj używania paska. Zaleca się w tych przypadkach najdokładniejsza antyseptyka i o ile możności staranne o unieruchomienie jelit.

Rany postrzałowe drążące bez naruszenia narządów wewnętrznych należą do największych rzadkości, a niektórzy chirurdzy wojskowi wręcz o nich wątpią. Na 73 przypadki ran brzucha drążących widział Beck tylko 5 takich przypadków, a w doświadczeniach Henka na 96 ran brzucha drążących tylko 6 razy zranienie jelita nie miało miejsca. Doświadczenia te wykonywał on w ten sposób, że wbijał w brzuch uderzeniem młotka stalowy kołek. Körte znalazł w literaturze na 64 przypadków operowanych tylko 5 razy proste zranienie brzucha drążące bez naruszenia narządów wewnętrznych. Śmiertelność wskutek takich ran postrzałowych wynosi między 33—40%. Głównie grozi niebezpieczeństwo krwotoków i zapalenia otrzewny.

Rany brzucha drążące ze skaleczeniem narządów wewnętrznych są najczęstsze i najważniejsze z ran postrzałowych brzucha. Śmiertelność wskutek nich jest nadzwyczaj wielka, wynosi bowiem 90% (Otis, Neudörfer). Znakomity chirurg Stromeyer nie widział ani jednego wyleczenia po zranieniu jelita postrzałem. Przy zranieniu różnych narządów jest jednak śmiertelność nie równa. Zranienie śledziony jest prawie zawsze śmiertelne. Zranienia wątroby i pęcherzyka żółciowego mogą wśród szczęśliwych okoliczności szczęśliwie się skończyć. Przy ranach postrzałowych żołądka jest rokowanie pomyślniejsze, niż przy takichże ranach jelita. Rany postrzałowe jelita cienkiego są niebezpieczniejsze od ran jelita grubego. Także pomyślniéj się kończą przypadki, gdy kula na wskróś przejdzie, niż gdy utkwi w jamie brzucha. Przy ranach postrzałowych pęcherza rokowanie jest pomyślniejsze, jeżeli umożebniono odpływ moczu. Główne niebezpieczeństwo leży w krwotokach, bo jak wiadomo nawet stosunkowo małe naczynia jamy brzusznéj daleko uporczywiéj broczą, niż to ma miejsce w innych częściach ciała i ztąd łatwo przychodzi do shocku wskutek śródotrzewnowego krwawienia (Parkes). Przedziurawienie jelita jest zwykle kilkakrotne, często 12—14-krotne, gdy kula przejdzie przez kilka skrętów. Dobrowolne zagojenie ran jelita (przez zlepienie ranionych jelit między sobą lub ze ścianą brzucha) należy do rzadkich szczęśliwych zdarzeń. Zapalenie otrzewny jest nieuniknione, gdy treść jelita dostanie się do jamy otrzewny. Na podstawie doświadczeń chirurgów wojskowych angielskich i amerykańskich radzi Körte jak najwcześniéj przystąpić do otwarcia jamy brzucha, gdyż przy zwłoce pogarsza się rokowanie z powodu powikłania ze strony otrzewnéj. Nie bez pożytku jest i wtedy laparotomija, gdy sprawdzono, że narządy wewnętrzne nie są uszkodzone, bo tylko tą drogą można dokładnie zatamować krwotok i usunąć wysięk, nim się

jego rozkład rozpocznie. Raz wydobyto nawet szczęśliwie kulę z wątroby. Jako bezwzględne wskazanie do laparotomii uważa Körte przypadki, gdzie otrzewna jest przedziurawiona i gdy są objawy zwiększającego się shocku, t. j. w przypadkach wewnętrznego krwawienia. Gdy nie ma żadnych groźnych objawów, można po założeniu opatrunku przeciwgnilnego zachować się wyczekująco, nie wolno jednak zwlekać laparotomii, jeżeli akcyja serca słabnie, tętno się wzmaga i występują bóle i wymioty. W interesie chorego nie należy czekać z rękoczynem dłużéj niż 12—15 godzin. Cięcie należy robić w linii środkowéj i w miarę potrzeby długie. Otwory postrzałowe jelita zamyka się szwem Lemberta, albo się w razie potrzeby resekuje. Jeśli siły chorego są wyczerpane, robi się sztuczny otwór stolcowy. Przy ranach pęcherza należy baczyć na dokładne zeszycie. Krwawieniu z wątroby zapobiega się dokładnem wytamponowaniem gazą jodoformową, lub przez przyżeganie Paquelinem, a rany pęcherzyka żółciowego albo się zeszywa, albo brzegi ich wszywa się w ścianę brzucha W końcu przystępuje się do aseptycznego wyczyszczenia jamy brzusznéj.

Ponieważ na świeżem pobojowisku lekarz jest obarczony pracą nie cierpiącą zwłoki i wśród zamięszania nie łatwo ma czas i środki do takich zabiegów, które wymagają wielkich przygotowań i dokładnéj antyseptyki, przeto w szpitalach polowych i na placach opatrunkowych należy lżéj rannych pozostawić tymczasem przy opatrunkach z jodoformu i sublimatu, aby zyskać czas do ratowania tych, którzy ponieśli rany postrzałowe w brzuch. Przygotowania do laparotomii dadzą się i w polnych lazaretach łatwo przeprowadzić. Narzędzia, waciki, jedwab odkaża się przez $^1/_2$-godzinne gotowanie. Sterylizator zaimprowizować można w polu wielkim garnkiem napełnionym do $^1/_4$ wodą, nad którą zawiesza się materyjały opatrunkowe w przetaku lub worku z gazy, poczem się to wszystko przykrywa pokrywką i obciąża ją kamieniami, aby wydobywającéj się parze nadać pewien stopień prężności. (*Berl. klin. Wochenschrift.* Nr. 4, 1890).

Dr. Bohosiewicz.

Choroby kobiece.

E. Blanc: **O prątku w moczu eklamptycznych i jego działaniu.**

B. znalazł w moczu ciężarnéj w 8-mym miesiącu, która przebyła kilka wyraźnych napadów eklamptycznych, prątek, który poddał szczegółowemu badaniu. We krwi téj choréj prątków ani drobnowidem ani hodowlą wykazać nie można było. Czystą hodowlę tego prątka zaszczepiając jużto zdrowym, jużto ciężarnym królikom wywoływał regularnie napady drgawek zupełnie podobne do eklamptycznych i białkomocz. Wyniki swego badania ujmuje ostatecznie w następujące twierdzenia: w moczu chorych na eklampsyję znajduje się prątek, którego działanie patogenetyczne wywołuje: 1) drgawki i kurcze ogólne; u królików zawsze następuje po tych drgawkach śmierć, a ciąża stanowi u tych zwierząt okoliczność usposabiającą; 2) liczne rozsiane ropnie, zapalenie żył, podniesienie ciepłoty; 3) choroby nerek rożnego stopnia i białkomocz. (*Arch. de tocol.* 1889, *Centr. f Gynaek.* 4, 1890).

* Lomer leczył dwa przypadki *Vaginismus* prądem stałym. W obu razach nietylko spółkowanie było niemożebnem, ale nawet przy najlżejszym dotyku i bez takowego samoistnie występowały kurcze. Prądu używał słabego co drugi lub trzeci dzień przez kilka minut przykładając katodę na brzuch, anodę na międzykrocze. W obu razach osiągnął zupełne wyleczenie. (*Centralbl. für Gynaek.*)

Dr. Kohn.

Choroby oczne.

Dr. Hirschberger (Monachijum): **O zmianach na rogówce w przebiegu influenzy.**

W przebiegu influenzy spostrzegano najczęściéj zapalenia spojówki i małe ropnie w powiece górnéj z poprzedniem jéj obrzmieniem. Prof. Fuchs w Wiedniu opisał zaś kilkakrotnie spostrzegane owrzodzenia rogówki u cierpiących na influenzę, a dał im nazwę: *Keratitis dendritica.* W klinice okulistycznéj monachijskiéj widział Dr. H. 2 przypadki téj saméj zmiany chorobowéj i podaje je do wiadomości szerszéj publiczności lekarskiéj. Pierwszy przypadek tyczy się 9-letniéj dziewczynki, która 3 stycznia na influenzę zapadła. 6-go stycznia rozpoczęło się cierpienie oka, które dopiero 16-go było badane. W samym środku prawéj rogówki znajdowała się płytka rynienka o brzegach jakby poszarpanych, ku górze prostopadle idąca i na końcu widełkowato się dzieląca. Podczas gdy podstawa wrzodu tylko lekko była zaćmioną, brzegi jéj przedstawiały się w postaci nacieku szarego. Naczynia krwionośne od brzegów rogówki biegną ku środkowi. Bólów nie ma żadnych, istnieje tylko lekki światłowstręt. Taką samą zmianę chorobową badał H. u 22-letniego krawca, który 31-go grudnia dostawszy influenzy w 5 tym dniu choroby na lewe oko zapadł. Wrzód na rogówce był téj saméj natury co u dziewczynki, tylko że rozpościerał się w kształcie litery T. Leczenie polegało na zakraplaniu atropiny i na założeniu opaski po wymyciu roztworem sublimatu. Owrzodzenia dość szybko znikały, pozostawiając po sobie ledwie dostrzegalne białe blizenki. Fuchs i Horner są zdania, iż *Keratitis dendritica* wylania się z *Herpes corneae*, który tak samo jak na wardze i na rogówce nietylko w przebiegu influenzy, ale i innych chorób zakaźnych powstaje. Po pęknięciu pęcherzyków tworzą się w dalszym ciągu lekkie owrzodzenia, które drzewkowaty obraz *Keratitis dendritica* stanowią. (*Müncher. med. Wschft.*, 1890, Nr. 4).

Choroby uszne.

Dr. Siebenmann (Bazylea): **Odlewy metalowe błędnika.**

Anatomija topograficzna w celu bliższego poznania krętych dróg narządu słuchowego w kości skalistéj się kryjących używa przecięć poprzecznych w różnych kierunkach robionych, co przecież nie daje jeszcze dokładnego obrazu téj zawiłej budowy. Daleko lepszą jest tak zwana metoda korozyjna (*Corrosionspräparate*), polegająca na wstrzykiwaniu do jam i chodników masy twardniejącéj, a niszczeniu późniejszym za pomocą chemikaliów saméjże kości, wskutek czego otrzymujemy dokładny odlew narządu badanego. „W ten sposób otrzymane preparaty“, powiada Hyrtl „są najbardziéj pouczające, dają bowiem dokładne pojęcie o kształcie, wielkości i wzajemnym stosunku pojedynczych części do siebie“. Nataniel Lieberkühn w Berlinie pierwszy przed stu laty wpadł na pomysł robienia preparatów tą metodą, a Hyrtl myśl tę na nowo podjął. Gaber w Bernie pierwszy w roku 1827 odlał w ten sposób labirynt, używając do odlewu wosku, a do zniszczenia kości kw. solnego. Ilg posługiwał się metalem, a Hyrtl (1873) masą woskową z mastyksem, którą przez *foramen rotundum* pod pewnem ciśnieniem chodniki ucha wewnętrznego wypełniał. Bezold otrzymał kompletny odlew wszystkich zaułków, przewodów i jamek całéj kości skalistéj, który na kongresie w Bazylei (1884) zebranych w podziw wprawiał. Autor używa do injekcyi aliażu metalicznego Wooda, który już przy 60° ciepła się topi, a skrzepnięty twardą masę przedstawia i składa się z mięszaniny ołowiu, cynku. kadmu i bismutu (do nabycia u Mercka w Darmsztadzie), a postępuje w ten sposób, iż nastrzykuje do 100°C. ogrzaną całą kość skalistą, część kostną kw. solnym niszczy a z odlewu dopiero labirynt wycina. Odlewy są tak wierne, iż wszystkie najdelikatniejsze kanaliki Hawersa są widoczne a labirynt jest z najmniejszemi szczegółami oddany, powierzchnia jego ścian jest gładka, a na nich najdrobniejsze zagłębienia widoczne. Tylko za pomocą téj metody można było odkryć i opisać dotychczas nieznane kanaliki do wodociągów należące. I tak do *aquaeductus cochleae* należy: a) kanalik żylny Cotugni, który wprawdzie przez anatoma tegoż nazwiska w roku 1774 opisany, ale od tego czasu zapomniany znów przez Bezolda wyszukany został; b) *canalis accesorius secundus aquaeductus cochleae*, który rozpoczyna się w zagłębieniu okienka okrągł. i biegnie do *apertura externa aquaed. cochleae*, albo też łączy się z kanałem Cotugni; c) *canalis accessorius aquaeductus vestibuli*, rozpoczynający się w *apertura externa aquaed. vestibuli*, biegnie wzdłuż łuku wodociągu także do kanału Cotugni wpadając. (*Int. kl. Rdschau*, 1890, Nr. 3).

Dr. Mendelsburg.

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Dr. Ornstein (Ateny): **Febra dengue.**

Przy dzisiejszéj łatwéj komunikacyi zachodzi obawa, iż choroby epidemiczne, które dotychczas w pewnych krajach

tropicznych panowały, z czasem wszystkie do Europy się dostaną, jak to było z cholerą w r. 1831. Obowiązkiem jest zatem lekarzy zapoznawać się z temi chorobami, aby w danym razie nie byli nie mile zaskoczeni. Dr. O. będąc lekarzem sztabowym armii greckiéj, poznał febrę dengue, a opierając się na własnem doświadczeniu, jakoteż na doświadczeniu lekarzy greckich, docenta Kyriażidesa i redaktora gazety lekarskiéj „Γαληνός" Bambasa, zapoznaje z tą chorobą lekarzy niemieckich.

Wyraz „dengue" pochodzi z indyjskiego i oznacza silny głos, mózg i ucho zagłuszający. Syryjscy i afrykańscy arabowie nazywają gorączkę tę „Abou Rakaba" od „abou" głowa i „rakaba" kolano, bo te 2 części ciała najbardziéj w niéj cierpią. W Smyrnie znaną jest pod nazwą gorączki daktylowéj. Angielska nazwa „Dandy fever" jest tylko przekręconym „dengue".

Pierwsze o niéj wieści otrzymał świat naukowy z końcem przeszłego stulecia, po raz pierwszy bowiem wtedy ukazała się w Kairze. W r. 1827 przeszła Ocean i zagnieździła się w Nowym-Yorku i Meksyku. W r. 1864 miano ją w Zanzibarze i na wyspie Madagaskar, w pięć lat późniéj objęła całe pobrzeże morza Czerwonego, a w następnym wystąpiła równocześnie w Senegalu i w Persyi. W r. 1881 znów weszła do Egiptu, ztąd przeszła na wyspę Kretę, a w epidemii letniéj przeszłego roku objęła już całą Grecyję.

Febra dengue nie zabiera ofiar, dlatego zmian patologicznych, jakie w organizmie sprowadza, nie znamy. Może ona być niebezpieczną dla osób w przebiegu leczenia chirurgicznego będących, spostrzeżono bowiem, że rany chirurgiczne osób ją przebywających, przybierają wejrzenie niezdrowe i łatwo krwawią. Etyjologia jéj jest jeszcze ciemną. Jedni lekarze (Apiry) uważają ją za zaraźliwą, drudzy (Daskalakis w Smyrnie) temu przeczą. Zdaje się nie podlegać wątpliwości, że jakiś mikrob jest jéj przyczyną. W Grecyi poprzedzał ją zawsze okres zwiastunowy od 24 godzin do 4 dni trwający. Ból głowy, dreszczyki, ogólne osłabienie, są to objawy ją zapowiadające. Do charakterystycznych objawów należą: 1) wysypka do płonicowéj lub odrowéj podobna, równocześnie z powiększeniem ciepłoty najpierw na twarzy, a późniéj na całém ciele występująca. Po 3—4 dniach znika wraz z opadnięciem ciepłoty, aby w 5-tym dniu znów z gorączką powrócić. Po tygodniu przychodzi do zupełnego ustąpienia wszystkich objawów chorobowych; 2) ból głowy w okolicy czołowéj i skroniowéj; 3) bóle mięśniowe, największe w okolicy kolana; 4) brak apetytu, język obłożony, *foetor ex ore* i często wymioty; 5) ciepłota do 41°C. dochodząca i wśród okresu wysypkowego najsilniejsza, a nagłym spadkiem ustępująca. Ciekawy jest antagonizm, jaki między febrą dengue a zimnicą istnieje; ta ostatnia tak częsta w Grecyi, podczas wybuchu epidemii zupełnie znika. Leczenie jest czysto symptomatyczne. Przetworów chininy absolutnie chorzy nie znoszą, po niéj wymiotują i przewód pokarmowy ulega jeszcze silniejszemu zadraźnieniu, inne leki przeciwgorączkowe chorzy dobrze znoszą. (*Deutsche med. Wschft.*, 1890, Nr. 2).

Dr. Mendelsburg.

L. 5827. **Okólnik**

do wszystkich PP. c. k. Starostów i WWPP. Prezydentów miast Lwowa i Krakowa.

Pewne pisma publiczne podsuwają niektórym postanowieniom rozporządzenia Ministerstwa spraw wewnętrznych z 12 go grudnia 1889 Dz. u. p. Nr. 191, dotyczącego cennika leków na rok 1890 takie znaczenie, które ani duchowi, ani dosłownemu brzmieniu tychże nie odpowiada, a które pod żadnym warunkiem nie powinno być podsuwane przez organa do przeprowadzenia tego rozporządzenia powołane.

W szczególności postanowienie drugiego ustępu § 5-go, według którego aptekarz obowiązanym jest zanotować na recepcie nazwisko strony, dla któréj recepta jest przeznaczona w razie, jeżeli już lekarz tego nie uczynił, tłumaczą w ten sposób, jakoby aptekarz obowiązanym był niejako wyśledzić nazwisko i mieszkanie odnośnéj strony, jeżeli takowe mu dobrowolnie podanemi nie zostaną, a co byłoby rzeczą całkiem nie odpowiedną.

Właściwym celem powołanego postanowienia, które raczéj aptekarzy, a nie publiczność obowiązuje, a które tylko zwyczaj w aptekach praktykowany celem utrzymania porządku w recepturze obecnie w normę zamieniło, jest zapobiedz, o ile możności, myłkom ze strony personalu aptekarskiego, zamianom leków i innym niewłaściwościom, sprzeciwiającym się zasadom lecznictwa.

Jeżeliby zaś odmówiono aptekarzowi, który na rowni z lekarzem obowiązanym jest do zachowania tajemnicy ze względu na wszystkie stosunki chorych, któreby do wiadomości jego doszły, wyjaśnienia ze strony osoby lek biorącéj, winien aptekarz naturalnie odstąpić od dalszych wywiadywań się, a natomiast winien się starać z tem większą ostrożnością, uwagą i sumiennością, pełnym odpowiedzialności obowiązkom swego powołania w inny sposób zadość uczynić.

Tak wzmiankowane postanowienie, jak i postanowienie § 6, według którego lek dla pewnéj osoby przepisany tylko dla téj saméj osoby powtórnie wydanym być winien, w końcu postanowienie § 7, według którego zabroniono wydawać leki za kopią recept, dowolnie lub bez dostatecznego uzasadnienia sporządzane, mają zapobiegać licznym nadużyciom z receptami lekarskiemi i stąd pochodzącym niewłaściwościom sanitarno-policyjnym, a ewentualnie i szkodzie na zdrowiu; nie mają jednak bynajmniéj na celu utrudniać publiczności prawidłowego zaspakajania potrzeb leczniczych.

Ponieważ mylne, albo i tendencyjnie złe pojmowanie powyższych postanowień ze strony powołanych fachowych osobistości, stałoby na przeszkodzie osiągnięciu właściwego celu, zawiadamia się o tem Pana na podstawie reskryptu wys. c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z 19 stycznia 1890 l. 1169 z poleceniem, aby o tem zawiadomił wszystkich w powiecie zamieszkałych aptekarzy i lekarzy.

Lwów, dnia 30 stycznia 1890. W zastępstwie: *Lidl.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 20 lutego. Na wczorajszem posiedzeniu Tow. lekarskiego wybrano członkami czynnymi Drów Samuela Aronsohna, Adolfa Becka, Antoniego Gabryszewskiego i Walerego Momidłowskiego; poczem kol. Lustgarten przedstawił dziecko ze *spina bifida* z porażeniem nóżki lewéj; kol. prof. Rydel opowiedział przypadek wyjęcia odłamka stali z ciałka szklanego za pomocą elektromagnesu i przedstawił chorego; kol. Hempel okazał preparat z chorego, u którego nowotwór mięsakowy z okostny uda szerzył się ku kości łonowéj, a drogą przerzutów uogólniony został prawie w całym organizmie; wreszcie kol. prof. Gluziński streścił swoje spostrzeżenia nad influenzą.

* We wtorek otwarty został drugi z rzędu Dom zdrowia w Krakowie. Jest on własnością pp. Dra med. Lustgartena, znanego praktyka tutejszego, i Mra. farmacyi Wilczyńskiego, i przez nich po zapoznaniu się z publicznemi zakładami zagranicznemi wykwintnie został urządzony. Znajduje się w dzielnicy V-téj przy ulicy świętéj Agnieszki pod l. 5; obszerny to dom 2 piętrowy, w całości przeznaczony dla chorych, a mający nadto mały ogród letni. Urządzenie szczegółowe odpowiada wszelkim wymogom higijenicznym oraz potrzebom leczniczym. Łazienka, zaopatrzona w wanny porcelanowe, drewniane i cynkowe, jak niemniéj w tusze, nadaje się najzupełniéj tak do kąpieli leczniczéj jakoteż do kuracyi wodoleczniczéj. Obszerna sala operacyjna z bardzo dobrem oświetleniem tak dziennem jak sztucznem, zaopatrzoną jest w wszelkie odpowiednie przyrządy, sprowadzone z najpierwszych fabryk i urządzone z uwzględnieniem najnowszych postępów nauki. Istnieje wreszcie czytelnia wspólna dla wyzdrowieńców i osób chorym towarzyszących, oraz biblijoteka podręczna. W pokojach przeznaczonych dla chorych przy względnym komforcie przestrzegana jest wzorowa czystość; przybory do łóżek z najlepszego są materyjału. W całym domu jednostajna panuje ciepłota; wszystkie korytarze i ganki są ogrzane i oszklone. Dla ułatwienia usługi wszystkie pokoje połączone są dzwonkami elektrycznemi i telefonami tak z pokojem służby zakładowéj, jakoteż z kuchnią w suterenach umieszczoną. Na żądanie zakład dostarcza żywności według najściślejszego rytuału żydowskiego, sporządzonéj w kuchni oddzielnéj, o ile to sprzeciwiać się nie będzie ordynacyi lekarskiéj. Kuchnia ta oraz spiżarnia i piwnica pozostają pod nadzorem tutejszego rabinatu. Cena pokoju oddzielnego z żywnością, opałem, światłem, usługą, opieką lekarską i prawem korzystania z łazienki, czytelni itd. wynosi 4—8 złr.

w miarę wielkości pokoju. Chorym zostawia się zupełną swobodę wzywania lekarza ordynującego; kierownik lekarski przyjmuje tylko w takim razie nadzór nad ścisłem wykonywaniem jego zleceń.

Celem zwidzenia zakładu całkiem gotowego pp. właściciele zaprosili kilkudziesięciu lekarzy tutejszych, oraz liczne inne osoby nielekarskie, a głównie Prezydenta miasta i podejmowali gościnnie przybyłych. Na powodzenie pięknego zakładu, dla którego właściciele nie szczędzili kosztów znacznych, posypały się liczne toasty; pierwszy wniósł p. Prezydent miasta, następne rektor Uniw. Jagiell, Prezes Tow. lekarskiego, inni licznie zebrani profesorowie i docenci Uniwersytetu oraz lekarze praktykujący. Dopiero koło północy zebrani opuścili zakład, wynosząc bardzo miłe wrażenie i życząc, aby zakład tak piękny prosperował. Z naszéj strony łączymy się z temi życzeniami, w przekonaniu, że pp. właściciele oddali usługę nietylko cierpiącym, ale i miastu naszemu, a może najwięcéj prowincyi, zkąd dla dotychczasowego braku podobnych zakładów w kraju chorzy zamożniejsi pomimo woli częstokroć zmuszeni byli udawać się do Wiednia, aby tam szukać wyzdrowienia za bardzo drogie pieniądze.

Miło nam dodać wreszcie, że pp. właściciele na pamiątkę otwarcia zakładu złożyli na ręce Prezesa Tow. lek. kwotę 100 złr. na stanąć mający dom Tow. lekarskiego.

* Nad obecną epidemią influenzy zaczynają się obecnie odbywać badania zbiorowe we wszystkich prawie państwach. Komisyje statystyczne zbierają materyjały dotyczące przez rozsyłanie lekarzom kwestyjonarza, w którym należy tylko wypełnić krótko odpowiedzi na postawione zapytania, a odpowiedzi te mają się opierać na osobistem doświadczeniu lekarza na przypadkach téj choroby li tylko z zakresu jego własnéj praktyki. Oczywistą jest rzeczą, że wynik takiego zbiorowego badania będzie tem dokładniejszy i będzie miał tem większą tak naukową jak i statystyczną wartość, im większa liczba lekarzy zechce się niemi zainteresować i nadesłać na te pytania odpowiedzi. Rzecz cała nie zajmie nikomu wiele czasu, gdyż odpowiedzi powinny być zwięzłe i ściśle się odnosić do postawionych pytań.

Aby i nasza prowincyja nie pozostała w tyle za innemi i dołożyła nie jednę cegiełkę do całéj budowy, zajęli się tą sprawą koledzy: Adamkiewicz, Obaliński, Pareński i Paszkowski i rozsyłają kwestyjonarz taki, prosząc Szan. Kolegów, aby im nie odmówili swéj pomocy i ile można jak najrychléj odsyłali go z podanemi odpowiedziami.

* Przed zamknięciem Numeru dowiadujemy się o śmierci Dra Bolesława Lutostańskiego, b. współpracownika i redaktora „Przeglądu Lekarskiego". Pamięci zmarłego poświęcimy późniéj słów kilka.

* W ostatnim zeszycie *klin. Monatsbl. f. Augenheilk.* donosi Dr. Nikolsky o jubileuszu 25-letniego doktoratu Dra J. Talki, który uroczyście obchodzili koledzy w Jarosławiu n/W dnia 26-go października 1889 r. Przemówili przy téj sposobności podnosząc zasługi jubilata okulista Kacaurów i radzca stanu Nikolsky.

* Dr. Lutz, były asystent w klinice Unny w Hamburgu powołany został przez rząd hawajski do Honolulu, celem studyjowania i leczenia trądu. Z nim wyjeżdża siostra miłosierdzia Róża Gertruda, córka pastora anglikańskiego, która niedawno przeszła na wiarę katolicką i wstąpiła do zakonu, celem pielęgnowania trądowatych.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Heidelberg.** Asystent kliniki chir. Dr. Herczel habilitował się jako docent chirurgii. — **Monachijum.** Dr. Prausnitz potwierdzony został jako docent higijeny. — **Petersburg.** Prof. Erismann w Moskwie nie przyjął ofiarowanéj sobie pod świetnemi warunkami katedry higijeny w Akademii wojsk. lek. Drowie Jaworski i Majew habilitowali się w Akademii lek., pierwszy jako docent statystyki i geografii lekarskiéj, ostatni syfilidologii.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 7: Matlakowskiego: O bąblowcu sieci; Brunnera: Przyczynek do kazuist. zwyrodnienia pęczków piram. mózgowia; Sokołowskiego: Uwagi nad charakterem influenzy w Warszawie (c. d.) — W *Medycynie* Nr. 7: Szwajcera: Influenza w Warszawie (dok.).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 149. **KONKURS.**

Gmina kr. woln. miasta Mikołajowa w powiecie Żydaczowskim rozpisuje niniejszem konkurs na opróżnioną posadę lekarza miejskiego, w której miejscowości jest także siedziba c. k. Sądu powiatowego.

Z tą posadą, która nadaną zostanie prowizorycznie, połączona jest płaca rocznych 600 złr., tudzież część dochodów za oględziny bydła na rzeź przeznaczonego. PPDrowie wszech nauk lekarskich otrzymają pierwszeństwo.

Obowiązkiem lekarza miejskiego będzie w gminie miasta Mikołajowa wykonywać wszelkie czynności lekarskie i sanitarne, odnoszące się do policyi zdrowia tak we własnym zakresie gminy, jako też i w poruczonym jéj zakresie, również oględziny ciał zmarłych, bezpłatne leczenie mieszczan Mikołajowskich i oględziny bydła na rzeź przeznaczonego.

Podania należycie udokumentowane należy wnieść do tutejszéj Zwierzchności miejskiéj najdaléj do 1 marca 1890.

W Mikołajowie dnia 9 lutego 1890.

25—3—2 Burmistrz: *Mickiewicz.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 1 Marca 1890. Nr. 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Rydygiera w Krakowie.

O wilku pierwotnym w krtani [1]).

Podał

Dr. Adam Langie,

elew tejże kliniki.

Literatura: (1) Barthélemy: Annales de dermatol. et de syph. 1881. — (2) Besnier: Annales de dermat. 1883 p. 384.— (3) Breda: Lupus des Larynx w Vierteljahrschr. f. Derm. u. Syph. 1882. p. 571.— (4) Bresgen: Grundzüge der Kehlkopfkrankheiten p. 196. — (5) Carin: Observations de lupus des muqueuses w Annales des maladies de l'oreille et du larynx t. VI, p. 38. — (6) Chiari u. Riehl: Lupus vulgaris laryngis w Vierteljahrschr. f. Derm. u. Syph. 1882, p. 663. — (7) Desnos: Bullet. de la Soc. méd. des hôpitaux 1872. — (8) Dumontpallier: Bull. de la soc. méd. des hôp. 1872 — (9) Eppinger: Klebs Handb. der patholog. Anatomie p. 162. — (10) Grossmann: Anzeiger der Gesellsch. der Aerzte in Wien 1887, oraz: Annales des malad. de l'oreille et du larynx 1884 p. 224 i 1887 p. 327. — (11) Alex. Haslund: Zur Statistik des lupus laryngis w Viertelj. f. Derm. u. Syph. 1883, p. 471. — (12) Hebra-Kaposi: Lehrbuch der Hautkrankheiten. — (13) Hunter-Mackenzie: Un cas des lupus du Larynx w Annales des malad. de l'oreille et du larynx 1885, t. II, pag. 459. — (14) Rosalia Idelson: Ueber Lupus der Schleimhaüte 1879. — (15) Isabel: Des scrofulides laryngées Th. doct. Paris 1880. — (16) Isambert: Mémoires sur les angines scrofuleuses w Bull. de la soc. méd. des hôpit. 1871 i 1872. — (17) Jaccoud: Traité de Pathologie interne t. II, art. scrofulose, p. 1079. — (18) A. Koch: De l'angine scrofuleuse Th. doct. Paris 1875. — (19) Liebermann: Bull. de la soc. méd. des hôpit. 1872. — (20) Lefferts. Etude clinique d'un cas de lupus du larynx w Annales des malad. de l'oreille et du larynx. 1878 p. 172 i Schmidts Jahrbücher Bd. 182 p. 145. — (21) Marty: Le lupus du larynx. Paris 1888. — (22) Moure: Notes du traité des maladies du larynx de Morell-Mackenzie — (23) Neisser: Die chronischen Infectionskrankheiten der Haut w Ziemssens Handb. der Hautkrankheiten 1883, p. 572. — (24) Neumann: System der Hautkrankheiten. — (25) Obertüschen: Ein Fall von Lupus des Larynx w Centralbl. f. klin. Med. Nr. 38. — (26) Archiv f. klin. Chirurgie t. VII, pag. 199. Paul. — (27) Renouard: Du lupus et des ses rapports avec la scrofule et la tuberculose. Th. doct. Paris 1884. — (28) Rauchfuss: Handb. für Kinderkrankheiten von Gerhardt. Bd. III, p. 259. — (29) Lupus of the larynx w Annales des malad. de l'oreille et du larynx t. XIII, Nr. 8, 1887, p. 389.— (30) Schrötter: Laryngologische Mittheilungen 1875, p. 84. — (31) Schwartz: Des tumeurs du larynx. — (32) Stoerk. Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes 1880. — (33) Türck: Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes 1886. — (34) Ziemssen: Krankheiten des Respirationsapparates p. 336.

Wilk w krtani w ogóle nie jest częstem cierpieniem, a w literaturze dopiero od niedawna o nim zaczęły się pojawiać wzmianki. Być może, iż dawniéj wiele przypadków przeoczano, co przypisać można temu, iż cierpienie to rozwijając się bardzo powoli, nie zdradza się przez długi czas żadnemi przypadami, owszem znane są przypadki, że cała choroba od początku aż do końca przebiegała zupełnie bez wiedzy chorego, który też, nie doznając żadnych dolegliwości ze strony narządu głosowego, nie zasięgał rady lekarskiéj i dopiero późniéj dokonane z innego powodu badanie wziernikowe krtani wykazało blizny po wygojonym już i lata całe może poprzednio trwającym wilku. Wilk błony śluzowéj gardła i jamy ustnéj znanym był dawniéj; już w r. 1829 wspomina o nim Travers [1]), po nim Tardieu [2]), Hamilton [3]), Bryk [4]), Czermak i inni. Późniéj, gdy wziernik krtaniowy więcéj wszedł w użycie, spotykamy w literaturze opisy tych samych zmian i w krtani. Może pierwszą jest praca Isamberta (16), po nim pisali o wilku w krtani A. Koch (18), Lemaistre, Homolle, Fauverteix, Soolen, wreszcie w r. 1882 ogłaszają obszerniejszą pracę Chiari i Riehl (6), w roku 1883 Al. Haslund (11) z Kopenhagi, który wszystkich chorych, dotkniętych wilkiem skóry, systematycznie od r. 1866 laryngoskopuje, a w r. 1888 L. J. Marty (21) w Paryżu.

Wilk krtani (*Lupus laryngis*) może być pierwotnym lub następowym, to jest raz spotykamy się z cierpieniem tem li tylko w saméj krtani, zresztą nigdzie ani na skórze, ani na błonach śluzowych, drugi raz mamy do czynienia ze zmianami chorobowemi, rozwijającemi się najpierw na skórze (najczęściéj twarzy), lub na błonie śluzowéj nosa, ust, gardła, zkąd dopiero przechodzą na krtań. Najczęściéj dzieje się to *per contiguitatem*, t. j. wilk z błony śluzowéj gardła zstępuje niejako na nagłośnię, z niéj zaś szerzy się daléj w głąb krtani. Jeżeli w ogóle wilk następowy krtani jest stosunkowo rzadkim, to wilk pierwotny należy do wielkich rzadkości tak, że niektórzy autorowie długi czas wcale go nie uznawali,

[1]) Wykład miany na I-szym Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie.

[1]) *Medico chirurg. Transact. of London* 1829, t. 15, p. 254. — [2]) *De la morve et du farcin chron. Th. doct.* 1854. — [3]) *Arch. générales de méd.* 1845. — [4]) *Wien. med. Wochenschrift* 1854.

a jeszcze w r. 1875 pisał Homolle: *„le lupus primitif du larynx est encore à démontrer d'une manière positive"*

Na dowód przypatrzmy się liczbom. Co się tyczy wilka następowego, to Chiari (6) znalazł u 68 chorych, dotkniętych wilkiem skóry, 6 razy pewny *lupus laryngis*, 2 razy wątpliwy (= 8·8%), Holm z Kopenhagi podaje na 90 chorych 5 pewnych przypadków *lupus laryngis* (5·5%), A. Haslund (l. c.) na 109 dotkniętych wilkiem znalazł 10 razy *lup. laryng.* (9·1%), Marty (l. c.) na 89 chorych 8 razy (9·1%). Prof. Rosner wspomina, iż w długoletniéj swéj praktyce jako kierownik kliniki chorób skórnych w Krakowie spotkał się może zaledwie 10 razy z następowym wilkiem krtani. Pierwotnego zaś wilka w krtani znamy dotychczas w literaturze sześć przypadków, do których dołącza się nasz, obserwowany w klinice prof. Rydygiera w r. b. jako siódmy. Nie bierzemy tu wcale w rachubę trzech przypadków, które opisali Desnos, Liebermann i Moure jako *pharyngitis et laryngitis luposa primitiva*, gdyż w nich zajętem było najpierw gardło, a potem dopiero krtań.

Przypadki wilka pierwotnego krtani znane dotychczas są następujące:

I przypadek opisany przez Ziemssena (34): J. M. dziewczyna l. 12 licząca, nie przebywała kiły, ani żadnéj innéj choroby, cierpi od dwóch lat na chrypkę uporczywą, zaburzeń oddechowych żadnych, badanie całego organizmu nie wykazuje ani śladu jakiegokolwiek cierpienia, cera twarzy zdrowa, świeża. Na skórze i na błonach śluzowych zmian żadnych. Badanie wziernikiem krtaniowym wykazuje: na nagłośni po stronie lewéj owrzodzenie, otoczone licznemi wybujałościami ziarnistemi, rozciągającemi się też i na lewe więzadło nalewko-nagłośniowe. Leczenie polegające na podawaniu *kali jodat.* i tranu, oraz na energicznem przypalaniu wybujałosci lapisem sprowadziło po miesiącu znaczne polepszenie. Z początku rozpoznanie było trudne z powodu braku zmian jakichkolwiek na skórze, lecz dalszy przebieg, wykluczenie kiły i wynik pomyślny leczenia utwierdziły Z. w rozpoznaniu *lupus laryngis*.

II przypadek opisał Al. Haslund (11). Pani M. R., lat 17. Rodzice i liczne rodzeństwo zdrowe, sama miała być skrofuliczną. Od czasu do czasu pojawia się silna chrypka, trudności w połykaniu lub oddechaniu żadnych, zresztą cieszy się najlepszem zdrowiem. Na skórze i na błonie śluzowéj nosa, ust, gardła zmian żadnych. Nagłośnia zaczerwieniona, obrzękła, na brzegu i na powierzchni tylnéj pokryta małemi guzkami. Takie same guzki pokrywają lewe więzadło górne, które jest tak silnie obrzękłe, iż zaledwie brzeg dolnego jest widoczny. Leczenie: tran wewnętrznie, miejscowo pędzlowanie tynkturą jodową z gliceryną *āā*, póżniéj przypalanie lapisem. Po roku obraz następujący: Cała nagłośnia zamieniona w gruby, niekształtny wał, o powierzchni ziarnistéj, łatwo krwawiącéj, błona śluzowa reszty krtani gładka, więzadło głosowe górne lewe nieco tylko czerwieńsze, głos prawidłowy, zaburzeń zresztą żadnych, pacyjentka pozostała nadal w leczeniu.

III przypadek opisał Obertüschen (25). Kobieta l. 90 licząca, cierpi od 6 miesięcy na chrypkę, trudności w oddechaniu, suchy kaszel i bolesność lekką przy połykaniu. Na skórze i błonie śluzowéj zmian żadnych, ani śladu kiły lub grużlicy. Nagłośnia wyrażnie obrzękła, na całym brzegu i w środku liczne owrzodzenia, otoczone mniejszemi i większemi guzkami, w trzech miejscach wyraźne, małe blizny, na tylnéj ścianie krtani kilka guzków, więzadeł nie widać. Przypalania sprowadziły szybkie wyleczenie. W 6 miesięcy póżniéj wystąpił *lupus nasi*, potwierdzając rozpoznanie.

IV przypadek obserwowany przez Baratoux opisał Marty (21): Służąca l. 34; jedna z sióstr cierpi na wilka w twarzy, sama skrofuliczna, kiły nie przebywała. Od jakiegoś czasu zauważyła zmianę w głosie i lekki ból gardła, zresztą zdrowa zupełnie. Na skórze, w gardle, w ustach i w nosie zmian żadnych. Nagłośnia blada, obrzękła, twarda przedstawia ubytek swéj ⅓ części, reszta pokryta drobnemi wyroślami, więzadła głosowe górne zaczerwienione, obrzękłe, o powierzchni nierównéj, zakrywają dolne, reszta błony śluzowéj krtani nie przedstawia zboczeń.

V przypadek opisany przez Isamberta (16). Kobieta l. 50, z wybitnemi oznakami zołzów, kiły nie przebywała. Na skórze i błonach śluzowych zmian żadnych. Nagłośnia zamieniona w gruby, obrzękły postronek, o powierzchni gruboziarnistéj z powierzchownemi owrzodzeniami. Pomimo, iż Isambert przypadek ten uważa za wątpliwy, Marty (l. c.) zalicza go z powodu podobieństwa z powyżej opisanemi przypadkami do téj saméj kategoryi.

O VI-tym przypadku, o którym wspomina też Marty (l. c.), a który widział Breda, znachodzimy tylko krotką wzmiankę w *Vierteljahrschr. f. Derm. u. Syph.* 1882, p. 571; brak tam jednak dokładnego opisu, wspomniano tylko, że choroba wystąpiła najpierw w krtani, a dopiero po dwóch latach pojawił się wilk skóry.

VII przypadek obserwowany w klinice prof. Rydygiera w Krakowie:

Józef Ś. l. 32 liczący, wyrobnik zamieszkały w Wielkiéj Woli (pow. ropczycki) w Galicyi. Rodzice chorego pomarli dawno nie wiadomo na jaką chorobę, żona i dzieci zdrowe, rodzeństwa nie ma. Sam miał przebyć dwa razy tyfus w 10 i 19-tym roku życia, kiły nie miał nigdy, napojów wyskokowych i tytoniu nie nadużywał. Obecna choroba, objawiająca się jako: utrudnienie oddychania, chrypka i lekki kaszel bez najmniejszéj bolesności, datuje się od dwóch lat. Przypady te z początku łagodne, niekiedy ustępujące zupełnie na kilka tygodni bez żadnego leczenia, dopiero od kilku miesięcy zaczęły mu więcéj dokuczać i zmusiły do szukania pomocy lekarskiéj. Mimo wyżycia sześciu flaszek przepisanego mu lekarstwa (według opisu chorego najprawdopodobniéj *kali jodatum*) przypady te wcale nie ustąpiły, nie zmniejszyły się nawet, chory przeto zgłosił się do kliniki, gdzie w dniu 2 marca 1889 przyjętym został.

Stan obecny: Chory dość źle wyglądający, chudy, nie przedstawia na skórze ani w narządach wewnętrznych oprócz lekkiego nieżytu oskrzelowego żadnych zboczeń. Zewnętrznie krtań i tchawica nie przedstawiają żadnych zmian, gruczoły podszczękowe powiększone do wielkości orzecha laskowego, gruczoły karkowe i wzdłuż mięśnia mostko-sutko-obojczykowego leżące nie powiększone wcale. Badanie jamy ustnéj i gardła wykazuje nieznaczne tylko zaczerwienienie łuków i tylnéj ściany gardziela. Badanie krtani wziernikiem wykazuje: zaczerwienienie tak przedniéj, jako też i tylnéj powierzchni nagłośni. Fałdy nalewkonagłośniowe obrzękłe; od podstawy nagłośni rozciąga się w prawéj połowie krtani obrzęk, jak gdyby guz o powierzchni nierównéj ziarnistéj, brudno szaro zabarwiony, który zajmuje również i więzadło prawe. W lewéj połowie krtani widać na brzusznéj ścianie porozsiewane drobne, płaskie guzki do wielkości ziarnka siemienia dochodzące, o powierzchni szarawéj, więzadło lewe również niemi pokryte. Błona śluzowa pomiędzy pojedynczemi wybujałościami zaczerwieniona, wszędzie obrzękła. Pomiędzy wypuklającym się po stronie prawéj obrzękiem, a więzadłem lewem utrzymuje się niezbyt wielka wolna przestrzeń kształtu nieregularnego, podłużna, która się przy wydawaniu głosu i przy ruchach oddechowych zwęża i rozszerza. Poniżéj głośni znachodzimy również drobne guziczkowate wybujałości, takie same jak na nagłośni i na błonie śluzowéj krtani. Następnego dnia po przyjęciu, t. j. 3 marca, wystąpiła dość silna duszność, która jednak po podaniu środka wykrztuśnego (*Inf. Ipecacuanhae*) w parę godzin ustąpiła. (C. d. n.).

II. Z kliniki okulistycznéj prof. Rydla w Krakowie.

Przyczynek do znajomości i leczenia mięsaków przyrogówkowych *(Sarcoma praecorneale)* oka.

Podał
Dr. Franciszek Sroczyński,
asystent kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 8).

Oba więc przypadki nasze miały za punkt wyjścia granicę rogówkowo twardówkową, miejsce, jak widać z wykazów, najczęściéj nawiedzane przez nowotwory. I tak Noyes [1])

[1]) l. c.

na 137 znalezionych w literaturze przypadków nowotworów zewnątrz gałkowych wykazuje 42 razy jako punkt wyjścia granicę rogówkowo-twardówkową, a więc blisko 1/4 liczby ogólnéj. Drugie dopiero miejsce pod tym względem zajmuje rogówka i spojówka, daléj dolna powieka, podczas gdy powieka górna, mięsko łzowe i fałd półksiężycowy z najniższemi cyframi figurują w wykazie.

Co do rodzaju tych nowotworów na granicy rogówkowo-twardówkowej śmiało powiedzieć możemy, że jeżeli wykluczymy łatwy do rozpoznania skórzak *(dermoid)* i rzadki w tem miejscu brodawczak, *papilloma*, są to prawie wyłącznie guzy z budową nowotworów złośliwych, a więc przybłoniaki, raki i mięsaki. Prosty czerniak (*melanoma*), nowotwór z grupy łączno-tkankowych barwikowych, uznany przez Virchowa i Langhansa za niezłośliwy, nie zawsze takim pozostaje, przybierając nie rzadko charakter mięsaka.

Rozpoznanie szczegółowe z objawów klinicznych poszczególnéj formy nowotworu nie jest rzeczą łatwą. I tak już co do wieku chorych tracimy w nim cenną gdzieindziéj wskazówkę, wszystkie bowiem rodzaje pojawiają się dopiero w wieku podeszłym, nie wyłączając mięsaków, jak to w 2-ch naszych przypadkach miało miejsce. Sądząc z dat zebranych przez Noyesa, ludzie między 40-tym a 50-tym rokiem życia ulegają najczęściéj.

Barwik, zresztą dość częsty składnik tych guzów, nie charakteryzuje żadnéj postaci w szczególności, zarówno bowiem, jak znamy *melanosarcoma*, tak opisano niewątpliwie przypadki *melanocarcinoma* i *epithelioma*. Z drugiéj zaś strony wbrew zdaniu Saemischa [1]), że mięsaki tu występujące są prawie wyłącznie barwikowe, wykazuje nowsza literatura z ostatnich lat 15 stosunek może nie odwrotny, ale prawie równy. Nawiasem dodam, że obecność barwika również i na charakter kliniczny narośli złośliwy lub niezłośliwy żadnego nie ma wpływu i uważać ją należy za rzecz czysto przypadkową.

Co więcéj nawet większa lub mniejsza częstość nie może nam dać podstawy do rozpoznania. Jeżeli bowiem w statystyce Noyesa na pierwszem miejscu figurują przybłoniaki, w środku raki, a w końcu dopiero mięsaki, to z dat zestawionych przez Remaka [2]) na podstawie późniejszych ogłoszeń wynika, że na 41 przypadków 25 razy wykazano *sarcoma*, 15 razy *epithelioma* i *carcinoma* i 1 raz formę mięszaną z dwóch ostatnich. Podobnież zestawiwszy 17 odszukanych przezemnie dalszych przypadków razem z naszemi dwoma znajduję 15 razy *sarcoma*, 3 razy *carcinoma* i raz *epithelioma*. Jeżeli zaś zesumujemy wszystkie te wykazy razem, to stosunek mięsaka do nowotworów przybłonkowych (rak i przybłoniak) przedstawi się jak 74 : 61.

Jedynie tylko zachowanie się rogówki zajętéj masą nowotworową mogłoby w rozpoznaniu rozstrzygać, jeżeli słusznem jest spostrzeżenie Classena [3]), że jeżeli rozchodzi się o *carcinoma*, to po oddzieleniu nowotworu od rogówki znajdziemy na niéj tkaninę unaczynioną, któréj brak wobec mięsaka, spostrzeżenie, które zresztą, jak okazuje nasz drugi przypadek, nie zawsze musi dopisywać.

W ogólności wszystkie te nowotwory posiadają pewne wspólne, odrębne cechy, odróżniające je wybitnie od nowotworów téj saméj budowy innych części ciała. Przeglądając wyniki badań mikroskopowych z ostatnich dziesiątków lat, czytamy wszędzie o rozszerzaniu się tych narośli tylko na powierzchni oka, o luźnym związku z rogówką, o oszczędzaniu twardówki, a często bardzo i blaszki szklistéj rogówki, stanowiącéj rodzaj linii demarkacyjnéj przeciw naciekowi nowotworowemu [1]). Odpowiednio do tego wzrost tych nowotworów jest bardzo powolny i nie rzadko lata całe upływają, zanim przyjdzie do objęcia całéj gałki. Brak skłonności do przerzutów wyróżnia je wybitnie od złośliwych mięsaków naczyniówki, które zazwyczaj mimo wcześnie podjętéj enukleacyi, już w ciągu 2-ch pierwszych lat tworzą przerzuty w wątrobie. Przyczyny tego odmiennego zachowania się nowotworów téj saméj zresztą cechy histologicznéj należałoby może szukać w różnicy co do bogactwa sieci naczyniowéj, któréj nie posiada wcale rogówka, a tak skąpo tylko spojówka i twardówka, podczas gdy obfitość naczyń jagodówki sprzyja szybkiéj wegetacyi narośli i usposabia do przerzutów.

Przesadzone dawniejsze pojęcia o złośliwości zajmujących nas tu nowotworów, natchnione jak się zdaje złowrogą ich czarną barwą i analogią czarnych mięsaków naczyniówki, były przyczyną, że do niedawna jeszcze wyłuszczano niepotrzebnie wiele ócz z téj przyczyny. Dość wspomnieć, że jeszcze Hirschberg w pracy wydanéj w r. 1881 [2]) usprawiedliwiając się z wykonanéj z powodu takiego mięsaka enukleacyi, nawiasem mówiąc w jego przypadku zupełnie wskazanéj, wypowiada przy téj sposobności taką ogólną zasadę: *Jeder sorgsame Chirurg, der sich wirklich auf den Standpunkt des Patienten stellt, d. h. erwägt, was er sich selbst gethan wissen wollte, wenn er der Träger des Leidens wäre, würde wohl die radicale Entfernung des mit der melanotischen Neubildung behafteten Organes der palliativen Abschälung von der Oberfläche vorgezogen haben.* Sentencyja w zasadzie bardzo zdrowa, ale któryż chirurg dla nowotworu palca, zwłaszcza nie zbyt złośliwego, będzie całą rękę amputował? Chcąc być ścisłym, trzeba powiedzieć, że kwestyja możliwości usuwania tych nowotworów z zachowaniem gałki nie da się apodyktycznem „tak“ lub „nie“ rozstrzygnąć. W każdym poszczególnym przypadku rozstrzygać powinna o postępowaniu rozległość zmiany, mniéj lub więcéj ścisły związek z rogówką, czy twardówką, szybkość wzrostu, stopień upośledzenia wzroku, wreszcie różne okoliczności zewnętrzne, jak możność zgłoszenia się pacyjenta w razie recydywy i t. p. Rozumie się samo przez się, że oko, którego wzrok jest prawie stracony, lub gdzie doszczętne usunięcie nowotworu nie dałoby się pogodzić z utrzymaniem choć pośledniego wzroku, nie powinno być oszczędzane. W warunkach jednak podobnych jak w naszym I. przypadku utrzymanie oka i wzroku winno być tem dla okulisty, czem utrzymanie życia chorego dla chirurga, wreszcie czy ktoś dla miłości doktryny wyłuszczyłby oko z *sarcoma* lub *carcinoma externum* w przypadku, gdzieby to oko było jedynem widzącem, na to odpowiedź jest rzeczą sumienia.

Podobnie rzecz tę formułuje Noyes, który w pracy swéj (l. c.) z przypadków ogłoszonych w literaturze wykazuje 22% podobnych operacyj, w których udało się gałkę utrzymać, jak niemniéj Silex [3]) na podstawie 4 przypadków z kliniki berlińskiéj, co prawda, nie zbyt zachęcających ze swemi re-

[1]) W zbiorowem dziele Graefe-Saemischa t. IV. — [2]) *Zur Casuistik der epibulbären Tumoren. Arch. f. Augenheilk.* XVI. B. [3]) *Centralbl. f. mediz. Wissenschaften* 1868, cyt. w Saemischa *Krankheiten der Cornea.*

[1]) Między innymi p. Schmidt: *Beitrag zur Kenntniss der Cornealtumoren. Archiv f. Augenheilk.* t. XVIII. — [2]) Hirschberg: *Fragmente über Geschwülste des Augapfels. Archiv f. Augenheilk.* X. B. — [3]) Knapps u. Schweiggers: *Archiv f. Augenheilk.* B. XX. H. IV.: *Ueber epibulb. Sarcome.*

cydywami, jak się zdaje z powodu użycia przeważnego łyżeczki ostréj zamiast energicznego przypalenia podstawy.

Zdecydowawszy się raz na wyłuszczenie narośli trzeba też jednak konsekwentnie i energicznie dążyć do celu, nie oszczędzając zbyt trwożliwie spojówki, ubytki bowiem umiarkowane, jak w naszym przypadku, nawet w razie nie pokrycia znosi oko dobrze, większe zaś można jeszcze usiłować pokryć przez transplantacyję. W podejrzanych razach pozostaje zawsze jeszcze w odwodzie galwanokauter, którego ściśle lokalne działanie dozwala dość pewnie granice przypalenia określić. Że połowicze i niedokładne postępowanie, a zwłaszcza osławione przyżeganie lapisem, może tylko szkodzić, na to godzą się już wszyscy i wątpię, żeby dziś kto jeszcze posługiwał się tym środkiem.

III. Z kliniki prywatnéj chorób kobiecych A. Martina w Berlinie.

Sródbłoniak jajnika.

Skreślił

Dr. J. Pomorski

asystent kliniki A. Martina.

(Dok. Patrz Nr. 8).

Oprócz rozwłóknienia siatkowatego widzimy w innem miejscu rozpad wiązek łączno-tkankowych w równoległym kierunku (Fig. 3).

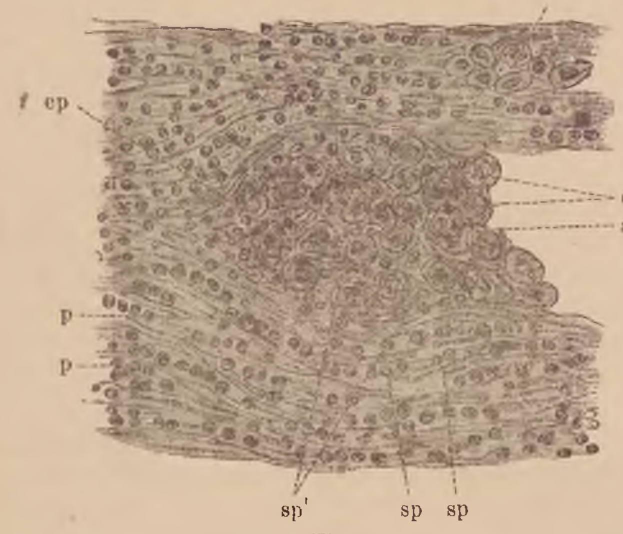


Fig. 3.

Przez bujanie i rozmnażanie się komórek w kształcie sznurów perełkowych powstają wiązki delikatnych, równoległych włókienek, dotykających się tylko cienkiemi wyrostkami, te zaś przeplatają sznury perłowe z nowych komórek. Komórki w układzie sznurów perłowych jako też w oczkach siatkowatego rozkładu tkanki łącznéj się znajdujące, rosną daléj i rozmnażają się tak dalece, iż z owéj pajęczyny, albo z owych delikatnych równoległych, dotykających się włókienek pozostają tylko tu i owdzie długie, albo na kształt sierpa skręcone wrzecionka (Fig. 3, 4) pomiędzy komórkami, w miejscu zaś dawnéj tkanki przedstawia się teraz tkanina obfitokomórkowa.

Proces jednakże bujania jeszcze nieskończony. Niektóre komórki rosną wszerz, jądro grubieje, miąższ nabrzmiewa i powoli powstają okrągłe, pałeczkowate, wrzecionowate, do nabłonka podobne, płaskie komórki, zaopatrzone w jedno okrągłe jądro (Fig. 2 ep., Fig. 3 ep., Fig. 4 ep.). Gdzie przemiana taka się odbywa w mniejszych albo większych grupach, rozpierają nowe twory sąsiednie włókna łączno-tkankowe i wytwarzają oczkowate przestwory. Wszędzie jednakowoż widać najściślejszy związek komórek nabłonkowatych z tkanką macierzystą (*Matriculargewebe)*. Teraz dopiero odpadają mniejsze grupy komórek od gruntu macierzystego. Jeżeli więc

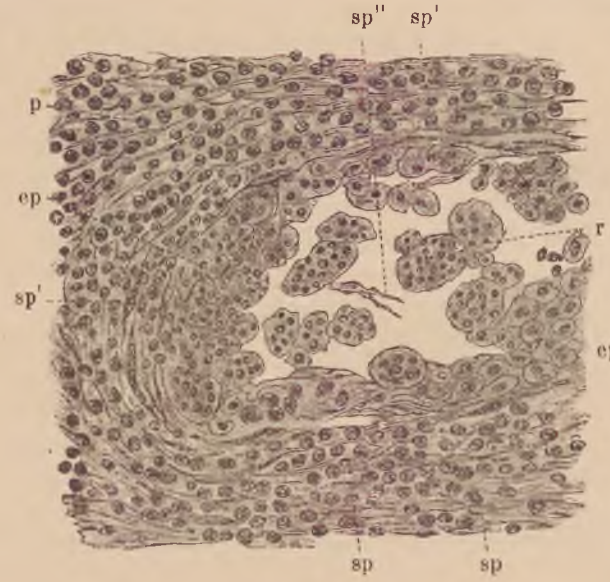


Fig. 4.

przedtem niejasnem nam było, skąd się biorą grupy zlepionych komórek w pojedynczych oczkach, to teraz widzimy ten proces odgrywający się przed naszemi oczyma.

Na dowód, iż kłęby wielkich komórek, zlepionych protoplazmą i zaopatrzonych w owalne, pęcherzykowate jądra, powstały z okolicznéj tkanki łącznéj, świadczą jeszcze małe, proste lub zagięte wrzecionka pomiędzy komórkami, jako ostatnie resztki włókienek. Odrywają się jeszcze pojedyncze komórki nabłonkowate, pojedyncze wrzeciona, nawet całe wiązki równoległych włókienek z przeplatającemi je sznurami perłowemi.

W niektórych miejscach bujają komórki tak energicznie, iż ciało ich przybiera niezmierną objętość, a jądra dzielą się wielorako. Wytwarzają się komórki olbrzymie od najmniejszych do największych rozmiarów. W niektórych naliczyłem 16 małych, okrągłych jąder. I te komórki dołączają się razem z dalszemi resztkami rozpadłéj tkanki łącznéj do zawartości oczek.

Wspomnijmy jeszcze o zlepianiu się komórek niby nabłonkowych w starszych miejscach bujania w cebulowate kule, a wyjaśnimy sobie powoli obraz, jaki nam na początku zaciemniała najróżnorodniejsza zawartość oczek.

Mamy więc teraz do czynienia z tkanką, która pokazuje zjawisko rakowego utkania, bo nabłonek i tkanka łączna przerastają się nawzajem, tkanka ta jednakowoż ma także charakter mięsaków, bo pierwiastki łącznotkankowe zamieniają się tu wprost na komórki, podobne do nabłonka, a oprócz tego odbywa się sprawa zapalna w śródbłonkach szpar limfatycznych, a tem samem w jamach łącznotkankowych i takowe daje początek do rozwoju nowotworu. Ponieważ jednakże w nowotworze tym złączone są razem charaktery dwóch wielkich grup złośliwych narośli, a mimo tego żadnem z obu mianem guza naszego nazwać nie możemy, z tego powodu uznaję za słuszne i konieczne, ażebyśmy, zważając na jego rozwój, zachowali mu charakter właściwy i przezwali go śródbłoniakiem limfatycznym.

Objaśnienie rysunków.

Fig. 1. Bujanie początkowe śródbłonka w szparach limfatycznych. Hartnack, socz. 3, syst. 7. b Tkanka łączna międzymiąższowa, miękka, jednolita, nadęta. l Szczeliny limfatyczne, w nich jedna, albo więcéj komorek śródbłonkowych. e Bujanie śródbłonka. p Sznury perełkowe z komórek szczelinowych. a Powstawanie oczka.

Fig. 2. Rozwłóknienie siatkowate tkanki łącznéj, spowodowane przez bujanie śródbłonka. Hartn. socz. 3 syst. 7, rura wciągnięta. l Przekształcenie wrzecionowatych szpar limfatycznych na oczka. b Tkanka łączna międzymiąższowa włóknista. r Włóknista tkanka łączna przemienia się na siatkowate utkanie. Śródbłonek zamienia się na wielkie komórki, podobne do nabłonka. Ostatnie stoją w ścisłym związku z tkanką macierzystą.

Fig. 3. Rozwłóknienie tkanki łącznéj na włókienka równoległe. Wytwarzanie się oczek. p Sznurki perełkowe z komórek. sp Wrzecionka jako pozostałość włóknistéj tkanki łącznéj. ep Nowo wybujałe komórki przekształcają się wprost w komórki nabłonkowate. ep' e Nowe komórki wybujałe, jeszcze niedostatecznie przekształcone na nabłonkowate. a Rozpieranie włókien równoległych przez nowo powstałe komórki nabłonkowate. Małe oczko. a' Wytwarzanie się większego oczka. sp' Wrzecionka na brzegu oczka.

Fig. 4. Oczko. ep Wybujałe komórki przemieniają się wprost w komórki do nabłonków podobne. r Komórki olbrzymie. sp'' Komórki wrzecionowate, sierpowate pośród oczka. sp' Komórki wrzecionowate nad brzegiem oczka. Sąsiednia tkanka macierzysta podobna do téj, którą okazuje Fig. 3. p Bujanie komórek w kształcie sznuru perełkowego. sp Wrzecionka, ostatnia pozostałość tkanki łącznéj.

IV. Oceny i sprawozdania.

Farmakologija.

Bouquoy (Paryż): **O lekach skrzepiających serce.**

Leczenie, wskazane w wadach zastawek sercowych, skierowane jest mniéj przeciw saméj wadzie zastawkowéj, ile raczéj przeciw niedomodze mięśnia sercowego, szybko występującéj. Za najznakomitszy środek uważamy, i to słusznie, naparstnicę, przez użycie któréj częstokroć osiągamy zadziwiające wyniki. Oprócz niéj używamy jeszcze od kilku lat konwalii majowéj, gorzykwiatu wiosennego, strofantus, ckliwicy na większą skalę, na mniejszą zaś *Antiaris toxifera*, ciemiernika czarnego i w. in. Największa liczba tych leków sprowadza wzmocnienie skurczu serca i tem samem powiększenie parcia w układzie tętniczym i dla tego późniéj także bardzo znaczne powiększenie dyjurezy. Podczas gdy ich wspólne działanie jest znanem, panuje jeszcze niepewność co do działania poszczególnych leków na nerwy naczyniowe. Także nie ma dotychczas jeszcze dokładnych spostrzeżeń co do czasu, przez jaki chorzy je znoszą. W końcu nie rozstrzygnięto jeszcze, dla czego wyciąg znanego leku surowego daleko silniéj działa, niż zastosowanie chemiczne czystych glikozydów lub alkaloidów, jakto wiadomem jest nietylko o naparstnicy, ale i o innych tu należących środkach. Bouquoy szczególnie podawał w ostatnich latach strofantus i zebrał 200 spostrzeżeń. W nich stawało się zwykle tętno pod wpływem strofantus powolniejszem, regularniejszem i pełniejszem. U chorych, cierpiących na niedomykalność zastawki dwudzielnéj, stawało się tętno tak pełnem, jak je zwykle spostrzegamy u chorego z zmianami w tętnicy głównéj t. j., że z tętna pierwéj małego powstało tętno podskakujące, wysokie. Ale także u chorych dotkniętych chorobami tętnicy główněj stało się tętno regularniejszem i traciło cechę chorobową. Co się tyczy mechanizmu działania strofantus, to fizyjologowie przypuszczają działanie ściągające tego leku, podczas gdy klinicyści zaprzeczają takiemu działaniu. W ogóle można powiedzieć, że główny skutek tego środka polega na tem, że przywraca równowagę między parciem tętniczem i żylnem. Zresztą jest on zupełnie bezpiecznym, gdyż nie okazuje ani działania trującego, ani zbiorowego. Aby działał, potrzebuje tylko jednego warunku: stanu nienaruszonego mięśnia sercowego (*Wien. m. Bl.*, 1889, Nr. 33).

Salsotto: **O salolu i jego leczniczem działaniu w niektórych chorobach wenerycznych.**

S. osiągnął przez zewnętrzne używanie salolu w postaci proszku w *Balanopostitis*, w wrzodach wenerycznych i w wrzodziejącem zapaleniu gruczołów, pomyślne wyniki. W tych ostatnich chorobach rozwija salol obok działania leczniczego także działanie zapobiegawcze, gdyż nietylko niszczy jadowitość wrzodu i sprowadza jego zagojenie, ale zapobiega samoprzeszczepieniu (autoinokulacyi). Przypadki chorób kiłowych, w których S. używał salolu (wrzód twardy, zmiany na błonie śluzowéj w kile wtórorzędnéj), także przemawiają za jego użyciem (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.*, r. XX).

Bakteryjologija.

Jaeger: **O skuteczności chemicznych środków odrażających przy krótkotrwałem działaniu.**

J. czynił doświadczenia z wapnem, chlorkiem wapna, smołą, kwasem karbolowym, ługiem sodowym i potasowym, kreoliną, roczynem sody, fluorokrzemianem sodowym, nadmanganezianem potasowym, witryjolem żelaza, sublimatem, wodą chlorową i aseptolem na rozmaitych chorobotwórczych i niechorobotwórczych mikrobach. Stwierdził, że między ciałami odrażającemi, które okazały się skutecznemi wobec bodźców zakażenia, z wyjątkiem prątków wąglikowych i gruźliczych, zasługuje na pierwszeństwo wapno gryzące. Także dziegieć węgli kamiennych i drzewa, rozcieńczone mleko chlorku wapniowego i 5% roczyn sodowy okazały się bardzo skutecznemi. Mało skutecznym był dodatek nadmanganezianu potasowego i witryjolu żelaza. Zarodniki wąglika niszczyły na pewne tylko kwas karbolowy z solnym i mleko chlorko-wapienne, prątków gruźliczych nie niszczyło mleko chlorku wapna, lecz tylko kwas siarko-karbolowy, kreolina, kresolina i dziegieć drzewny. (*Arb. aus d. kais. Ges. Berlin*, 1889).

Choroby wewnętrzne.

Prof. Ribbert (Bonn): **Teraźniejsze wiadomości o zboczeniach w nerkach w przebiegu chorób zakaźnych.**

Zmiany w nerkach w przebiegu chorób zakaźnych są znanem zjawiskiem, ale ich znaczenie nie jest we wszystkich przypadkach jednakowe. Podczas gdy zapalenie nerek jest często tylko objawem towarzyszącym, mało lub wcale nie wpływającym na przebieg zakażenia, staje się ono w innych przypadkach chorobą niebezpieczną i głównie przyczyniającą się do zejścia śmiertelnego. Zmiany w nerkach w chorobach zakaźnych czynią zależną od dwu okoliczności: 1) od osiedlania się w nich swoistych drobnoustrojów; 2) od zmian w ogólnéj przemianie materyi, od gorączki, a przedewszystkiem od niszczącego wpływu istot trujących, wytworzonych przez bakteryje. Najważniejszem pytaniem jest, co wiemy o pojawieniu się bakteryj w nerkach w pojedynczych chorobach zakaźnych? Jest rzeczą jasną, że drobnoustroje, które z narządu pierwotnie chorego dostają się do krwi, znaleść się muszą także wewnątrz naczyń krwionośnych nerek. Upatrywano nawet w gruczole tak obficie wydzielającym narząd do wydalania prątków, które mogłyby wydostać się głównie przez kłębki nerkowe wodę moczową dostarczające. Ta czynność nerek byłaby korzystną dla przebiegu chorób zakaźnych, gdyż drobnoustroje zostałyby bez szkody usunięte i musiałyby się znaleść w moczu. Badania jednak wykazały, że prątki w moczu nie często znaleść można i zachodzi pytanie, czy w nielicznych przypadkach rzeczywiście stwierdzonéj obecności prątków w moczu, rzeczywiście „wydzielone“ zostały, t. j. dostały się bez obrażenia tkanki nerkowéj z naczyń krwionośnych do kanalików moczowych. Nowsze badanie (Wysokowicza i in.) wykazały, że zupełnie prawidłowa nerka nie przepuszcza prątków, więc w razie obecności ich w moczu muszą być zmiany w nerkach. Łatwo można wykazać obecność koków ropnych w sprawach ropnicowych i podobnych. W istocie korowéj i rdzennéj powstają jużto większe ropnie, jużteż bardzo liczne drobniutkie ropne ogniska. Nadzwyczaj często dają prątki gruźlicze powód do chorób nerkowych. W gruźlicy prosówkowéj zostaje krew niemi zalana, dostają się więc obficie do nerek, gdzie je wykazać można w kłębkach. Także prątki nosaciziny wywołują w nerkach guzowate ogniska zapalne. Niemniéj pewną jest obecność swoistych bodźców w nerkach w wągliku, błonicy, płonicy, róży, zapaleniu płuc, durze i gorączce powrotnéj, nie wykazano ich w cholerze. (*D. m. W.*, 1889, Nr. 39).

Choroby uszne.

Docent Giuseppe Gradenigo (Turyn): **O narządzie słuchowym zbrodniarzy.**

Wskutek wezwania prof. Lombrosy badał G. narząd słuchu 110-ciu zbrodniarzy celem stwierdzenia głównie bystrości słuchu i umiejscowienia przydarzających się chorób. U większéj liczby badanych znalazł bystrość słuchu niżéj przeciętnéj prawidłowéj, a z chorób *Otitis media catarrhalis* i zwężenie trąbki Eustachiusza, zapalenie ropne ucha z jego następstwami, zapalenie zakaźne ucha wewnętrznego, zwykłe ucha środkowego itd. Z doświadczeń autora wynika, że zmiany zmysłu słuchowego u zbrodniarzy daleko częściéj się przydarzają, niż u ludzi prawidłowych, co G. przypisuje nieko-

rzystnym warunkom hygienicznym, wśród których skazani przebywają, z powodu czego daleko łatwiej narażeni są na działanie wpływów chorobotwórczych, niż inni ludzie, (gościec, choroby nosa i gardła, kiła, gruźlica, urazy głowy itd.). Za przypuszczeniem, że narząd słuchowy zbrodniarzy mało posiada odporności, przemawiałaby ta okoliczność, że G. znalazł u skazanych między 25-tym a 30-tym rokiem życia narząd słuchu z zupełnie wyraźnemi czynnościowemi objawami zwyrodnienia lub zaniku starczego, jakie przedstawia ucho prawidłowego starca. Z badań powyższych wynika także, że nie ma stałego stosunku między przytępieniem zmysłu, smaku, powonienia i dotyku z jednéj strony, a opisanem osłabieniem bystrości słuchu z drugiéj strony. (*W. kl. Woch.*, 1889, Nr. 37).

Notatki lecznicze.

Leczenie miejscowe błonicy kwasem salicylowym. Według Espina (*Rev. méd. de la Suisse rom. IX, 1*) jest skraplanie rozczynem kwasu salicylowego najlepszym środkiem do zabicia prątków błonicowych. Skrapla się rozczynami od 1 ½—2 *pro mille* (u bardzo małych dzieci od 1:1000—1:1500) co 1—2-ch godz. U dzieci starszych można skrapianie zastąpić płukaniem. Wobec bardzo grubych pokładów należy równocześnie takowe pędzlować sokiem cytrynowym, aby je rozmiękczyć i rozpuścić.

Leczenie świądu starczego. Besnier (*Bull. méd.* 1889, Nr. 34), poleca następujące leczenie téj choroby, jeśli nie jest powikłaną z innem cierpieniem skórném: codziennie kąpiel ze skrobi; każdego wieczora kąpie się części skóry swędzące w wodzie o 40°, do której na jeden litr dodaje się łyżkę stołową następującego rozczynu: *Ac. carbol. 10,0, Acet. aromat. 500,0*, poczém posypuje się skórę: *Amyli 90,0 Bismuth. salicyl. 20.0* lub *Acid. salicyl. subt. pulveris. 20,0, Amyli 180,0.* Przez lekkie wcieranie przylega proszek do skóry.

Leczenie gruźlicy mejscowéj balsamem poruwiańskim poleca Vámossy (*Wien. med. Presse* Nr. 17—20) opierając się na doświadczeniach w 28-iu przypadkach. Sposób leczenia tém różnił się od leczenia podanego przez Landerera, że oddalał wszystkie chore części jak najdokładniéj nożem, nożyczkami i ostrą łyżeczką, poczem opatrywał ranę gazą lub plastrem z balsamem peruwiańskim. Zawiesinę balsamu peruwiańskiego wstrzykiwał tylko w 2-ch przypadkach. V. jest nadzwyczaj zadowolony z wyników i poleca szczególnie gazę z balsamem peruwiańskim jako środek opatrunkowy w sprawach gruźliczych. W wielu przypadkach wywoływał balsam białkomocz a raz nawet zapalenie nerek.

Syntetyczny kwas karbolowy wprowadza w handel fabryka w Ludwigshafen n. R. Używany obecnie w celach leczniczych kwas karbolowy izolowano wyłącznie z smoły węgli kamiennych i zawierał ztąd często jeszcze pewne zanieczyszczenia, pochodzące ze smoły. Chemicznie czysty, syntetyczny kwas karbolowy różni się od kwasu ze smoły otrzymanego swym wyższym punktem topnienia (przy 41—42° C) a przedewszystkiem słabą wonią; 5% rozczyn wodny można ledwie jeszcze poznać po woni. Przetwór ten poleca się więc w tych przypadkach, w których zapach kwasu karbolowego jest przykrym.

Niemożność zatrzymania moczu u dzieci. Przeciw téj chorobie poleca S. Baruch (*Arch. of Pediatr.* 1889) użycie beladony lub atropiny i to w dość dużéj dawce popołudniu około 4 godz. i drugą dawkę, gdy dziecko idzie spać, tak, aby źrenice przez noc pozostawały rozszerzone, na co B. główny kładzie nacisk, gdyż to nam wskazuje, że ustrój podczas spania pozostaje pod wpływem wilczej jagody.

W sprawie leczenia anchylostomum duodenale. Sonsino opisuje przypadek młodéj dziewczyny z Anchylostomum duodenale, u któréj początkowo rozpoznano blednicę; ponieważ zwykłe sposoby leazenia zawiodły, zbadano drobnowidowo stolce, przyczém wykazano powyższy pasorzyt. Po kilku dawkach tymolu, 4 gr. *pro dosi*, chora wyzdrowiała (*Gaz. d'ospitali 889.10*).

Wildermuth (Szczecin) (*Neur. Centr.* 1889 Nr. 15) widział dobre wyniki po podawaniu **wodniku amylenu przeciw padaczce** i uważa jego zastosowanie szczególnie za wskazane: 1) wobec czystych napadów padaczkowych; 2) wobec silnego zatrucia bromem, wymagającego czasowego usunięcia tego leku; 3) w padaczce nocnej, na przemian z bromem, w świeżych przypadkach razem z atropiną. Dawka 2—4 gr., na dzień 5—8 gr., najodpowiedniejszą postacią okazał się rozczyn wodny 1% z tego 20—40 gr. w winie. Jeżeli chorzy pierwéj używali przetworów bromu, to zmniejszano ich dawkę w krótkich przerwach i zupełnie usunięto, jeżeli mimo to dobry wynik się utrzymywał. Nieprzyjemne objawy uboczne spostrzegł tylko po dłuższém używaniu większych dawek, mianowicie długo utrzymującą się senność i upośledzenie trawienia.

Strychnina jako odtrutka w otruciach narkotykami. Strychnina jest według Gibsona (*Practit.* Grudz. 1889) jest najsilniejszym lekiem pobudzającym ośrodek oddechowy. W ostatnich trzech latach wstrzykiwał 0.0006—0.0022 strychniny podskórnie w wszystkich przypadkach, w których oddechanie stało się nieprawidłowém lub przerywaném. Nawet przy już całkowitém ustaniu oddechania wracał oddech po wstrzyknięciu strychniny.

Sacharynę przeciw pleśniawkom poleca i chwali bardzo M. Fourcier; sposób użycia: *Rp. Saccharini 1,0, Alcoholis 50.0.* Z tego łyżeczka od kawy rozpuszczona w pół szklance wody do pędzlowania miejsc chorobowych około 5 razy dziennie. Silniejsze rozczyny szkodzą (*Schw. Corr-Bl.*)

O leczeniu otrucia wyskokowego strychniną donosi Jaroszewski (według *Cent. f. Chir.*), że przez konsekwentnie przeprowadzone leczenie **strychniną** można poczynające się zmiany destruktywne w tkankach alkoholików powstrzymać i można stwierdzić zmniejszenie się wątroby, znikanie przeczulicy przewodu pokarmowego, wymiotów i t. d. *Dr. Baschkopf.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo ginekologiczne w Krakowie.

VII. Posiedzenie z dnia 21 stycznia 1890.

Przewodniczący: prof. Dr. M. Madurowicz. Obecnych członków 8.

1. Obecny na posiedzeniu prof. Dr. Rydygier został wybrany jednogłośnie czynnym członkiem Towarzystwa.

2. Polecono kolegom Przewodniczącemu i kol. Marsowi stylizacyję zaproszenia na członków korespondentów, mającego się rozesłać do lekarzy w Galicyi.

3. Uchwalono, aby zawiadamiać członków Towarzystwa o posiedzeniu na tydzień naprzód w „Przeglądzie Lekarskim“.

4. Sprawozdanie z dzieł lekarskich niemieckich do „Przeglądu Lek.“ rozebrali członkowie między sobą.

5. Kol. Kohn przedstawił 2 chore, a mianowicie: jedną z dwupłciowością wrzekomą męzką (*pseudo-hermaphroditismus masculinus*) i drugą dotkniętą nowotworem macicy, wywołującym opuchlinę brzuszną, dla któréj nakłówano powłoki brzuszne 27 razy. Płyn gromadzi się coraz szybciéj po każdem kłóciu. Guza wyjąć nie można, jak to stwierdzono podczas laparotomii dokonanéj przez prof. Madurowicza przed 5 laty, gdyż guz wychodzi z miednicy małéj i jest ściśle zrośnięty z ścianami miednicy. W dyskusyi zabierali głos koll. Mars, Kohn, Cercha i Przewodniczący.

6. Kol. Rydygier zapytuje, czy częste są torbielaki jajnikowe osadzone na tak długiéj szypule, żeby je można poruszać na wszelkie strony. W dyskusyi nad tem pytaniem zabierali głos kol. Mars i kol. Przewodniczący.

Sekretarz: *Dr. Braun Stanisław.*

Sekcyja stryjska Tow. lek. galicyjskich.

W dniu 20 lutego odbyło się posiedzenie sekcyi stryjskiéj w obecności 6-ciu członków, na którem kolega Medwéj z Morszyna miał odczyt o leczeniu ospy za pomocą hydroterapii. Przytoczył 17 przypadków prawdziwéj ospy u osób częścią szczepionych częścią nieszczepionych, które leczył hydropatycznie w ten sposób, iż skoro tylko gorączka przechodziła 38·5°C., obwijał ich w prześcieradła mokre, a powierzch tychże we flanele lub koce na pół godziny lub dłużéj, dopóki odczyn nie nastąpił, t. j. dopóki prześcieradła się nie zagrzały, chory doznał ulgi. Procedurę tę powtarzał ilekroć temperatura się wzmogła, to jest w pierwszych dniach zazwyczaj 5 razy, późniéj wystarczały 3 lub 4 zawijania na dobę. Tylko w czasie dreszczów wystrzegał się zawijać chorych. Prócz tego stósował bezustannie zimne okłady na szyję, twarz i głowę. W późniejszym okresie choroby, w okresie ropienia, lub gdy skóra poczęła się już pokrywać strupami

stosował zimnawe półkąpiele w wodzie 18° i takąż wodą zlewał całe ciało w kąpieli. Przy tem postępowaniu przebieg choroby zawsze był pomyślny i krótkotrwały, bo zazwyczaj po dwóch tygodniach chorzy uważali się już za rekonwalescentów i jeśli pogoda sprzyjała, wychodzili na świeże powietrze, wysypka przy tem postępowaniu nigdy się nie zlewała, t. j. ospa nie przechodziła w formę zwaną *variola confluens*, oszpecenie ciała przez dzióby, a w szczególności oszpecenie twarzy nie nastąpiło ani razu. Dowodem skuteczności tej metody jest kol. Medwéj sam, albowiem nie będąc szczepionym przebył prawdziwą ospę w młodszym wieku, a leczony hydropatycznie w sposób powyżéj podany nietylko w krótkim czasie wyzdrowiał, ale nadto choroba nie pozostawiła u niego po sobie żadnych śladów. Z tych powodów metodę tę kolegom jak najgoręcéj poleca, odtąd ospy nie uważa za tak zabójczą chorobę, za jaką zwykle bywa poczytywaną, i dla tego też nie jest bezwzględnym zwolennikiem szczepienia ochronnego, przez które bądź co bądź mogą niektóre choroby zostać zaszczepione.

Wykład ten był streszczeniem obszerniejszéj pracy, którą zapewne kol. Medwéj zechce ogłosić drukiem. W pracy téj tenże kładzie nacisk na odmienny sposób zapatrywania się na sprawy gorączkowe.

W dyskusyi brali wszyscy koledzy udział, dziękując za zajmujący wykład, czynili niejakie zarzuty, n. p., iż 17 przypadków, z których wiele mogło przedstawiać i bez leczenia formę łagodną, zwłaszcza u szczepionych, nie są dostateczne do zbyt optymistycznego zapatrywania się prelegenta na przebieg ospy przy leczeniu hydryjatycznem, że gdyby nawet wynik choroby zawsze tak był pomyślnym, jak kol. M. przytoczył, to i tak szczepienie zasługuje na pierwszeństwo, bo ono zapobiega chorobie, podczas gdy hydroterapija musi ją zwalczać, zresztą ospa i przy najłagodniejszym przebiegu jest chorobą ciężką, pogrąża biedne rodziny w nędzę, a hydroterapija daje się tylko zastósować u majętniejszych i inteligentnych osób.

Po omówieniu kilku przypadków z praktyki lekarskiéj przez obecnych kolegów, wybrano w końcu podpisanego na rok bieżący przewodniczącym sekcyi i delegatem na walne zgromadzenie towarzystwa. *Dr. Serkowski.*

VI. Przyczynki do Epidemijologii Wschodu.

Podał

Dr. Władysław Jabłonowski w Burgas.

(Gorączka „Dengue“).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3).

Jeżeli choroby zakaźne, jakie w roku przeszłym grasowały na tureckim Wschodzie, zwróciły na siebie uwagę władz i właściwych organów służby zdrowia, to ostatnia pandemija „Dengue“ czy Grypy w taki chas wprowadziła naszych tu koryfeuszów, jak również i bardziéj skromnych praktyków, że zanotowanie kłopotów, w jakich się znaleziono, tak wobec rygoru klinicznego rozpoznania, jak i wobec zatrwożonego społeczeństwa, godnem jest ścisłego uwzględnienia; kłopoty te bowiem są jedną kartką więcéj do scharakteryzowania naszych fachowych stosunków.

Gdy bowiem jedna z istotnych plag Wschodu nie złożyła jeszcze swojego morderczego sierpa, a stan patologiczny nazwany *„fièvre Dengue“* doszedł do nieznanego tu stopnia rozwoju obejmując całe masy mieszkańców, nie wywołując wszakże zejść śmiertelnych; nagle w końcu przeszłego listopada nasz ustrój zdrowotny zostaje zachwiany wybuchem innéj choroby, wprawdzie co do swych wstępnych objawów licującéj prawie z tyle okrzyczaną „Dengue“, lecz różniącéj się poważną ilością powikłań, bardzo często z niepomyślnem zejściem. Stan ten niejako uzupełniający „Dengue“ nie jest czem innem jak tylko grypą, którą wskutek nadzwyczaj szybkiego rozwlekania się ochrzcono nazwą „Influenza.“ Wybuchnąwszy pośród naszéj ludności w chwili właśnie przełomu „Dengue“, znana ze swego postępu po całéj prawie Europie, oceniana i komentowana przez odpowiednią prasę, słuszne zrodziła zapytanie, czy nasze powagi naukowe, wprowadzając nazwę indyjską do słownictwa lekarskiego, nie miały na myśli zaimponowania społeczeństwu i czy nie popadli w błąd uważając dwa te stany za cierpienia samoistne tak pod względem ich natury, etyjologii, sposobu rozwlekania się i dróg, jakiemi się do nas przedostały? Odpowiedzieć na podobne pytania nie było łatwem. Utrudniało je bowiem dziennikarstwo z nad Sekwany; dysputy dalekie od równowagi w uczonych kołach francuskich, przyjmowanie wreszcie tych ostatnich przez tutejszych lekarzy za ewangeliczną prawdę — oto i powód, dla czego wobec dyjagnostycznéj niepewności sfery nasze podzieliły się na dwa obozy. Starsi wiekiem, co już mieli sposobność dawniejszego obserwowania grypy, z cynicznym uśmiechem, a nawet i szyderstwem krytykowali nowatorstwa mniéj doświadczonych. Ci zaś opierając się na obrazie klinicznych dwóch tych stanów chorobowych bronili zasady ich samoistności i uważając je za odmienne, z niecierpliwością wyczekiwali rezultatu poszukiwań drobnowidowych, lub decydującego wyroku ze strony powag naukowych. Grypa tymczasem przedostała się do Francyi, gdzie uznana za *„Dengue assenuée“* (!) powiększyła jeszcze ogólny chaos w zapatrywaniach. Jednocześnie prasa nadbosforska usiłując podtrzymać w mieszkańcach choćby normalny spokój, otwarła jednak swe łamy dla krytyki i satyry pociągnąwszy tak same stany patologiczne, jak i tych, co im ulegli, pod nazwę *„denguenés“*, wyraz, który wkrótce przeszedł zwykłe granice dowcipu, stawszy się tu bardzo popularnym.

Ustępująca jednak „Dengue“ przedstawiła nam obraz kliniczny swéj spadkobierczyni w kolorach bardzo groźnych. Formy jéj, oskrzelowo-płucna, nerwowa i żołądkowa, jéj powikłania po stronie narządu widzenia, niezwykła wreszcie śmiertelność głównie w następstwie stanów zapalnych przemawiały za koniecznością wypowiedzenia zdania, że nie mamy tu do czynienia z czem innem, jak tylko z grypą szerzącą się z charakterem epidemicznym. Doszły nas także i tak wyczerpujące wykłady profesorów Nothnagla i Draschego i odkrycie przez prof. Klebsa zakaźnego żyjątka, zapoznaliśmy się aż z trzema rodzajami bakteryj odszukanych przez p. Bouchardа, co wszystko mogło już wystarczyć do wyróżnienia dwóch wzmiankowanych stanów chorobowych. Wiemy jednak, że „Dengue“ wyrobiła już sobie pewną literaturę, która i w Stambule znalazła swego rzecznika w osobie p. Apery. Więc rozbudzona fantazyja wschodnia nie pozwalała tak sobie jednym zamachem zmazać wypowiadanego zdania i przyznać się, że panująca na Wschodzie „Dengue“ jest europejską grypą

Dla wprowadzenia więc pewnéj równowagi w tym niejasnym poglądzie na charakter i istotę szerzącéj się pandemii wychodząca tu *Revue-medico-pharmaceutique* przyjęła na siebie misyję pośredniczenia między dwoma obozami i doprowadzić je do możebnego porozumienia Odwoławszy się do ogółu lekarzy zaczęła pomieszczać dość szczegółowe sprawozdania ze spostrzeżeń dwóch w mowie będących cierpień. W ten sposób zebrana na swojskim gruncie pewna ilość faktów mogłaby była rzucić jasne światło i usunąć sporną kwestyję. Cel jednak podobny przez wyższe sfery został uznany za zbyteczny i na przedstawienie kółka tutejszych koryfeuszów władza wydała cyrkularz, zabraniający lekarzom ogłaszania swych spostrzeżeń choćby nawet w czasopiśmie rządowem. Co właściwie przyczyniło się do wydania podobnego rozporządzenia, to na dzisiaj pozostaje ukrytem poza kurtyną gabinetowych tajemnic. Nie pozostawało więc jak tylko oprzeć naszą opiniję na wynikach poszukiwań innych, a nawet choćby tylko strojnych w powagę fakultetu nadbosforskiego. Zwrócimy się więc ku niemu.

Wspaniałomyślności dziś panującego sułtana zawdzięczamy założenie pracowni bakteryjologicznéj w Stambule, wprawdzie z celem tylko korzystania z odkryć Pasteura i wypróbowania ich na rasie psów stołecznych. Niemniéj jednak można się było spodziewać po jéj dyrektorze Zoeros-baszy, że on tu zdoła przeciąć ten na oryjentalny sposób powikłany węzełek i zadecyduje o jednorodności lub różnicy pomiędzy „Dengue“ i grypą. O ile mi jednak wiadomo, uczony profesor kliniki chorób wewnętrznych dotąd rezultaty swych poszukiwań ukrywa w treści metylowego błękitu, walcząc widocznie z trudnościami, opóźniającemi wypowiedzenie prawdopodobnego zdania o naturze dwóch tych patologicznych stanów. I gdy światek nasz lada dzień przygotowywał się powitać

oklaskami wyniki wytrwałych usiłowań Zoeros-baszy, doszłe nas sprawozdania z prac innych badaczy wpłynęły decydująco na ogólne zapatrywania na te istotnie drażliwą kwestyję.

Oto bowiem dzięki poszukiwaniom Klebsa przekonanego o zaraźliwości drogą powietrza jedynie mogącéj wytłomaczyć szybkość szerzenia się grypy, dziś wiemy, że dwie jéj nazwy nie cechowały jak tylko jeden i ten sam stan chorobowy, zmienny tylko stosownie do miejscowości, w jakiéj go obserwowano. Ztąd więc gorączka „Dengue" nie jest czem innem. jak tylko grypą w krajach gorących; grypa zaś gorączką „Dengue" w klimatach umiarkowanych i zimnych. Gdy więc działalność zarazka znalezionego przez Klebsa we krwi wszystkich zmarłych na grypę zostanie potwierdzoną, sprzeczka jaka powstała pośród książkowych uczonych zostanie usuniętą. Że jednak obserwujący grypę na tureckim Wschodzie aż do zapoznania się z jéj powikłaniami nazwali ją „Dengue", to winę tego nie należy przypisywać jedynie lekarzom tu praktykującym. Bo dlaczegóż bowiem po ukazaniu się prac lekarzy angielskich, a mianowicie opisów gorączki „Dengue" przez Drów Brune i Castoryjady nikt nie wystąpił z udowodnieniem, że w Europie nie należy jéj nazywać inaczéj, jak tylko „Influenzą?" Wszak dopiero teraz wiemy, że przyczynę ją wywołującą przypisuje się powietrzu przesiąkniętemu czy nasyconemu zarazkiem organicznym z rodzaju „mikrocytów". Słowem nie przechodząc po za granicę zwykłéj wschodniéj tolerancyi musimy przyznać, że wygłoszony egzotyczny termin dla choroby znanéj Europie od końca XV-go wieku nie przyczynił szkody ani nauce, ani chorym. Owszem pozwolę sobie zanotować, że nasi praktycy, jakkolwiek zachwiani nieco na punkcie zastosowania właściwéj nazwy dla obserwowanego stanu chorobowego, z tem większą energiją uznają za potrzebne dokładniejsze zapoznanie się z geografiją lekarską, ze słownictwem pewnych klimatycznych stref, a przez usiłowania potwierdzenia na swojskiéj glebie tak ciekawych poszukiwań, jakie zostały ostatecznie przeprowadzone przez profesorów Ribberta, Weichselbauma i Drów Jollesa, Sigfrida i innych, udowodnią ścisłe śledzenie za postępem bijologicznych badań jedynego źródła, pozwalającego uniknąć naukowych błędów. Co więcéj wydatniejsza wszechstronność w zapatrywaniach uwolni tutejszy ogół lekarski od hołdowania li tylko katechizmowi francuskiemu. A wtedy dzięki pomięszaniu języków spodziewać się należy, że i społeczeństwo odniesie większą niż dotąd korzyść. (C. d. n.).

Replika na odpowiedź Wgo prof. Adamkiewicza w Nrze 6 *Przegl. Lek.*

Dziękuję szan. Koledze za wyjaśnienie, iż u pacyjenta jego znieczulone były prócz spojówki i rogówki, o co mi głównie chodziło. W takim razie przypuścić należy głębszą przyczynę choroby, gdyż, jak powiedziałem poprzednio, znieczulenie saméj tylko spojówki, co zwykle bywa rzadziéj obserwowanem, przemawiałoby więcéj za przyczyną obwodową. Trudno mnie posądzić o to, ażebym wbrew zdaniu innych autorów upatrywał wtedy porażenie centralne, a co mi przypisuje szan. kolega, wyczytawszy w 3-cim wierszu u dołu mego listu słowo „przytem", zamiast którego powinno być „przy centralnem".

Dla czego w przypadkach kol. A. nie nastąpiły neuroparalityczne zmiany w rogówce, a następnie w całéj gałce ocznéj, która wedle słów pewnego eksperymentatora zanika, „jakby topniała" w tych razach, pomimo, iż istniały zmiany n. troistego między zwojem Gassera a *ganglion ciliare?* dla czego w przypadkach innych lekarzy w tych razach zapisane są odżywcze zmiany w oczach pomimo, iż jednocześnie istniało i opadnięcie do pewnego stopnia górnéj powieki, (co i ja sam obserwowałem), są to fakty niedostatecznie dotąd wyjaśnione. Wyświetlą to dalsze gruntowne kliniczne obserwacyje i do pewnego stopnia uchylą zasłonę ściśle doświadczenia na zwierzętach. Tak np. Dr. S i n i c y n (dysertacyja, Moskwa) szeregiem ciekawych doświadczeń na królikach przekonał się, że odżywcze, *resp.* neuroparalityczne zmiany w oku, na powiekach, wargach i twarzy, wywoływane zwykle przecięciem n. troistego w czaszce, przed zwojem Gassera, nie objawiają się nigdy przy jednoczesnem wyrwaniu górnego sympat. zwoju szyjnego (a to wskutek większego przypływu krwi i podniesienia tętna w odpowiedniéj stronie), a nawet jeśli się po przecięciu objawiły i nie doszły wysokiego stopnia rozwoju, to w kilka dni potem wyrwany zwój sympat. usuwa takowe w znacznym stopniu, a nawet następuje zupełna „korekcyja" objawów neuroparalitycznych; z drugiéj strony zapobiegawczy ten wpływ zwoju szyjowego łatwo paraliżować można przecięciem *n. depressoris*, który jest jakby antagonistą n. sympatycznego, zwężając naczynia i obniżając tętno.

Nie mam zamiaru wdawać się z szan. kolegą w naukowe dysputy, za dalekoby to nas zawiodło, a czytelników znudziło, odzywam się przeto w téj kwestyi po raz ostatni. Celem moim było dowiedzieć się tylko o stanie czułości rogówek pacyjenta. Skoro teraz wiem, że są znieczulone, śmiem przypuścić, wbrew twierdzeniu szan. autora historyi choroby, że przyczyny takowéj trzeba szukać nieco głębiéj. W każdym razie pożądanem jest w celu naukowym dalsze obserwowanie ciekawego chorego i poznajomienie czytelników po pewnym czasie z zejściem choroby. Powtarzam: jest to przypadek nadzwyczaj pouczający, z opisem którego może się cokolwiek pospieszono, gdyż w sprawie etyjologii jego można się tylko dotąd bawić w przypuszczenia. *Dr. J. Talko.*

Widząc z korekty szan. kolegi Dra Talki, że co do jego przypuszczenia nie omyliłem się, powtórzyć muszę, że przebieg i ograniczenie się anatomiczne nieczulicy twarzy przeze mnie opisanéj nie tylko nie pozwalają przypuścić siedziby centralnéj cierpienia, ale stanowczo takową wykluczają. Jeżeli zatem w moim przypadku oprócz spojówek znieczulone były także rogówki, to fakt ten nie może zmienić tak jasnego charakteru obwodowego choroby podstawowéj, a więc n i e uzasadnia przypuszczenia szan. kolegi, że przyczyna choroby była może „nieco głębszą," lecz przeciwnie pokazuje, że nerwy czuciowe rogówki tak często zajęte w chorobach centralnych, m o g ą t a k ż e b y ć n a r u s z o n e w p r z e b i e g u o b w o d o w y m, co zresztą jest przecież rzeczą bardzo naturalną. *Adamkiewicz.*

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Prof. W e i c h s e l b a u m (Wiedeń): **Anatomiczne i bakteryjologiczne badania nad influenzą.**

Nie podlega wątpliwości, że influenza jest chorobą infekcyjną, a zatem badanie jéj od szukania odpowiednich bakteryj rozpocząć należy. Ponieważ zaś rzadko jest zabójczą, więc badania te głównie na żywych stósowane być mogły, a prof. W. uwagę swą przedewszystkiem na krew i plwociny zwracał. Liczne badania krwi w różnych kierunkach przedsiębrane dały zupełnie ujemne wyniki. Plwociny badano nietylko pod mikroskopem, ale także tworzono hodowle, które zwierzętom szczepiono. Przepełnione one były różnemi bakteryjami, między któremi przeważał kokus do pneumokoku bardzo podobny. Hodowle jego szczepione królikom i myszom dały w $^1/_3$ części wynik dodatni, to jest zwierzęta te ginęły, a w śluzie można było wykazać ten sam drobnoustrój. Tylko 2 razy znaleziono *streptococcus pyogenes* i *staphylococcus aureus*. W moczu znajdowano często diplokoki, a jeden tylko raz prawdziwe pneumokoki, rzecz ważna, albowiem bakteryj tych nigdy dotychczas w moczu niezauważano. Trupów badano 10. Sekcyje wykazały u wszystkich ropne zapalenie zatok nosowych i czołowych, a w ropie znajdowano wielką ilość bakteryj do pneumokoków podobnych. Hodowane i szczepione zabijały zwierzęta we wszystkich przypadkach. Raz zapalenie ropne zatoki czołowéj rozpościerało się w dalszym ciągu na opony i sam mózg, wywoławszy *lepto* i *pachymeningitis*, jako też ropień wśród miąższu mózgowego, a ropa z niego badana zawierała także wielką ilość owych pneumokoków. Trzy razy znaleziono ropne zapalenie ucha środkowego, a siedm razy dławcowe zapalenie płuc. We wszystkich więc przypadkach influenzy znaleziono drobnoustrój, który z wejrzenia i działania swego jest bardzo do pneumokoku zbliżony i zdaje się być z nim identyczny. Jakież wyniki dadzą się ostatecznie wywnioskować z tych badań? Co się tyczy etyjologii choroby, przypuścić

należy tylko dwie możności, a mianowicie albo *pneumococcus* jest przyczyną influenzy, albo istnienie takowego ma znaczenie tylko wtórorzędne. Wprawdzie wiemy, że *pneumococcus* może się usadawiać w różnych organach ciała ludzkiego i według tego różne objawy chorobowe wywoływać, ale *coccus* ten nigdy nie jest przyczyną tak gwałtownie i szeroko się rozpościerającéj epidemii. Znaczenie jego wtórorzędne jest zatem daleko prawdopodobniejsze, mianowicie, że zarazek influenzy usposabia organizm do lepszego rozwijania się i rozmnażania pneumokoku, który nawet w ślinie ludzi zdrowych napotykamy (*Wr. med. Wschft.*, 1890, Nr. 6).

Dr. Mendelsburg.

VIII. Wiadomości bieżące.

† Dr. Bolesław Lutostański.

Przed kilku dniami umarł w Truskawcu po krótkiéj słabości Dr. Lutostański, lekarz, który za młodu świetne rokował nadzieje. Urodzony w Warszawie w r. 1837, uczęszczał zrazu na farmacyję, następnie na medycynę w Warszawie, a późniéj w Kijowie. Wypadki r. 1863 wykoleiły go, jak niestety tylu innych. Udał się do Heidelbergu i powrócił w r. 1867 do Krakowa jako Dr. zagraniczny. Tu odrazu szeregiem artykułów o cholerze zamieszczonych w tygodniku naszym dał się poznać jako lekarz wszechstronnie wykształcony, a co wtedy było rzeczą jeszcze dosyć rzadką u nas, jako dzielnie piórem władający. Przyjęty do grona redakcyi *Przeglądu Lekarskiego* przez lat kilka pracował gorliwie dla pisma naszego. Uznanie, którego mu u nas nie szczędzono, stało się dlań zgubnem; upojony niem zapomniał, że nie posiada dyplomu u nas ważnego i ciągle odkładał starania o pozyskanie takowego, co przy jego wykształceniu, wiedzy, młodym wieku i stosunkach ówczesnych byłoby dlań rzeczą łatwą; odkładał te starania, aż było zapóźno — aż troski domowe i zmieniony porządek studyjów i rygorozów lekarskich, a głównie wstyd fałszywy i pewna ociężałość uczyniły możność nostryfikacyi coraz mniejszą. Przykre to położenie i potrzeba starania się o chleb powszedni zmuszały go ratować się rozmaitemi sposobami; nie mając w kraju dozwolonéj praktyki lekarskiéj usiłował spożytkować rozległą swoją wiedzę lekarską i ogólną już to pracując nad hygijeną i balneologiją, już to urządzając pomniejsze zdrojowiska krajowe, a w końcu przerzucając się na niwę publicystyki; wszędzie okazał się jako dzielny pracownik. Największą jego zasługą jest projekt zużytkowania źródeł regulickich dla wodociągu krakowskiego, projekt, który ostatecznie przez Radę miejską został przyjętym. W roku przeszłym wreszcie objął zarząd zakładu kąpielowego w Truskawcu, gdzie umarł śmiercią nagłą i zkąd zwłoki jego w d. 23 b. m. przeniesione do Krakowa tu pochowane zostały.

W osobie ś. p. Lutostańskiego ojczyzna nasza biedna traci jednego z najbardziéj uzdolnionych i wykształconych synów. Talent wykolejony! to sygnatura biednego tego kolegi, który zaiste godzien był lepszego losu. Jemu brakowało tylko dyplomu krajowego, aby urzeczywistnić nadzieje, do których uprawniały jego zdolności, aby osiągnąć stanowisko zaszczytne, które mu się należało i które mu wszyscy chętnie przyznawali. Niestety niepodobna go uwolnić od zarzutu, że sam zawinił, że pomimo zachęty ze strony prawdziwie życzliwych kolegów nie zdobył się na energiję, aby pójść za przykładem innych rodaków, którzy bądź przy mniejszych zdolnościach, bądź w późniejszym wieku nie omieszkali starać się o tytuł prawny i obecnie w kraju naszym zaszczytne zajmują stanowiska, a zaprawdę skarżyć się nie mógł na brak poparcia lub oziębłość. Zachęcano, proszono, błagano, a dziwnéj jakiejś, istnie zagadkowéj apatyi w téj mierze nie pozbywał się — on, który gotów był każdemu radzić dobrze i rozsądnie, który płodny był w piękne pomysły, a co większa, który te pomysły, o ile od niego zależało, gotów był przemieniać w czyny. Znaliśmy go bliżéj od chwili pojawienia się jego w Krakowie i podziwialiśmy jego wielką wiedzę, jego bystre poglądy, a przedewszystkiem niezwykłą pamięć, dzięki któréj był chodzącą encyklopedyją lekarską, a w niektórych gałęziach lekarskich, jak w higijenie, farmakologii, balneologii, statystyce lekarskiéj prawdziwą *silva rerum*. Dobry obywatel i zacny kolega nikomu nie odmawiał pomocy swéj, niestety sam tylko nie chciał czy nie mógł korzystać z gorliwie, zwłaszcza w pierwszych czasach, z wielu stron ofiarowanéj sobie pomocy. Sumiennie powiedzieć możemy, że tym razem społeczeństwo nie winno, że człowiek taki śród nas zmarniał, że zwłaszcza w ostatnich latach podupadał na ciele i na duchu. W takich warunkach śmierć nie była nieszczęściem dla niego, a społeczeństwo od dawna już przywykle do ubolewania nad losem zdolnego i zacnego człowieka, który pod smutną rodził się gwiazdą, mniéj boleśnie zgon jego uczuwa. Darmo! łatwiéj się znosi, czego odmienić nie można, mówi poeta rzymski. Nieboszczykowi ślemy ostatnie pozdrowienie, krajowi zaś życzymy, aby wielu miał tak zdolnych synów jak Lutostański, tylko o wiele szczęśliwszych!

L. B.

* Wydział lekarski na ostatniem swem posiedzeniu zamianował Dra Krokiewicza, 1-go asystenta przy katedrze anatomii patologicznéj, na rok dalszy (5-ty), a kand. med. p. Zanietowskiego demonstratorem do końca roku przy katedrze fizyjologii.

* Z powodu rozprawy Dra Szymkiewicza o plantacyi zębów donosi nam kol. J. Talko, że w Nrze 12 *Gazety Lekarskiéj* z roku 1871 opisał przypadek wrośnięcia wyrwanego zęba. Ząb ten służył właścicielowi jeszcze przez 5 lat, następnie musiał być wyjęty z powodu chwiania się i bólu, jaki sprawiał.

* Wydział gospodarczy Zjazdu dla medycyny wewnętrznéj zawiadomił nas, że Zjazd 9-ty odbędzie się we Wiedniu od 15—18 kwietnia r. b. pod przewodnictwem prof. Nothnagla. Dotąd już liczne zgłosili wykłady i referaty pomiędzy innymi pp. Immermann i Schede, Bäumler, Ziemssen i Senator, Unna, Mosler, Fürbringer, Stadelmann, Stricker, Hirschmann, His i inni.

* **Wiedeń**. Według wykazu ogłoszonego przez Ministerstwo Oświecenia liczba uczniów w półroczu bieżącem wynosi: w Wiedniu 4996 (w wydziale teolog. 236, prawniczym 1356, lekarskim 2598, filozoficznym 615); w Pradze w uniwers. czeskim 2110, w niemieckim 1441, w Grazu 1327, w Krakowie 1225, we Lwowie 1039, w Insbruku 869, w Czerniowcach 271.

* **Budapeszt**. Sejm węgierski na posiedzeniu w d. 14 bm. odbytem przyjął jednogłośnie przedłożony sobie projekt ustawy o ustanowieniu Senatu sądowo-lekarskiego.

* **Paryż**. Ministerstwo wojny zakazało lekarzom wojskowym leczenia hypnotycznego. A u nas nawet nielekarze dopuszczają się takiego leczenia!

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń**. Z końcem bieżącego roku szkolnego prof. Brücke stanowczo przechodzi w stan spoczynku. Na jego miejsce ma być mianowanych dwóch profesorów fizyjologii. — **Budapeszt**. Minister Oświecenia nie uwzględnił życzenia Wydz. lek., aby katedrę anatomii opisowéj otrzymał profesor Thanhofer z zakładu weterynarskiego i polecił rozpisanie konkursu. Wskutek tego zgłosili się jako kandydaci proff. Thanhofer, Török i prosektor w Bazylei Lenhossek młodszy, oraz prof. Born z Wrocławia (nie władający jednak językiem węgierskim). Wydział postawił terno: Thanhofer, Török, Lenhossek. — **Klausenburg**. Dr. Apathy mianowany profesorem anatomii porównawczéj. — **Paryż**. Prof. Duplay otrzymał katedrę chirurgii klinicznéj.— **Genua**. Dr. Pellacani mianowany profesorem med. sądowéj. — **Jena**. Dr. Haeckel młodszy habilitował się w Wydziale lek. — **Würzburg**. W miejsce Tröltscha docent prywatny Dr. Kirchner mianowany został nadzw. profesorem chorób usznych.

* **Odznaczenie**. Prof. położnictwa w Salzburgu Dr. Dyzma Kuhn otrzymał tytuł radzcy rządowego. — Prof. Ried w Jenie ukończywszy 80-ty rok życia mianowany został przez w. księcia rzeczywistym tajnym radzcą z predykatem ekscelencyi.

* **Mianowania**. Lekarz powiatowy w Bozen Dr. Ferdynand Sauter, mianowany został radzcą namiestnictwa i referentem spraw lekarskich przy namiestnictwie w Tyrolu i Vorralbergu.

* **Wiadomości osobowe** (Dr. J. T.) Prof. Mierzejewski w Petersburgu otrzymał order Lwa i Słońca I kl. — Dr. Rumszewicz w Kijowie wziął dymisyję, na jego miejsce mianowany został kijowskim okręgowym okulistą Dr. Jan Hoene, b. ordynator oftalm. oddziału szpitala wojsk. ujazdowskiego, autor kilku rozpraw, ogłoszonych w czasopismach warszawskich i w książce jubileuszowéj prof. Szokalskiego. — Stopień doktora medycyny w Akademii petersburskiéj uzyskał p. W. Ciświcki. — Osiedli jako lekarze wolno praktykujący: Dr. Emil Zadurowicz w Ustrzykach dolnych (pow. Liski) i Dr. Henryk Friedmann w Drohobyczy.

Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Franciszek Kośmiński z Sambora i Jan Solecki z Tyczyna w Galicyi.

* **Zmarli**: w Brodach prof. Krystyjan August Voigt w 81 roku życia (urodzony w Brodach kształcił się we Wiedniu, był razem z Hyrtlem asystentem Berresa, póżniéj profesorem w szkole chirurg. we Lwowie, a w r. 1854 mianowany został zwyczajnym profesorem anatomii opisowéj w Krakowie; tu wykładał aż do r. 1861 włącznie, a po przywróceniu języka polskiego jako wykładowego i objęciu napowrót katedry przez ś. p. prof. Kozubowskiego, przeniesiony został do Wiednia, gdzie obok Hyrtla był 2-gim profesorem anatomii, a po ukończeniu 70-go roku życia przeniesiony został w stan spoczynku. Był to praktyczny anatom znakomity, jakkolwiek po za anatomiją pod każdym względem antypoda kolegi swego Hyrtla; nauczyciel gorliwy i cierpliwy, człowiek zacny, co w owych dla nas smutnych czasach znaczyło bardzo wiele; asystentami jego w Krakowie byli: ś. p. Dr. Lachowicz i Dr. Łucki obecnie lekarz praktykujący w Oświęcimiu). — w Warszawie Dr. Henryk Kułakowski, jeden z ostatnich uczniów Jędrzeja Śniadeckiego, były profesor Akademii petersburskiéj, w 82 roku życia; w Rydze Dr. Al. Mackiewicz w 70 roku życia, naczelny lekarz szpitala wojskowego; w Tyraspolu lekarz wojskowy Izdebski; w Busku lekarz miejski Ignacy Mojseowicz, w Medenicach (powiat drohobycki) lekarz Emil Hönig.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dnia 5 go b. m o godzinie 6-téj po południu w gmachu kliniki chorób wewnętrznych w dawnéj sali wykładowéj kliniki chirurgicznéj posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) odbędzie się dyskusyja nad odczytem kol. Glucińskiego o influenzy. 2) Kol. Browicz okaże przypadek, który dał powód do potrójnéj laparotomii. 3) Wnioski komitetu Tow. lek. krak. i członków. 4) Kol. Pieniążek mówić będzie o ropotoku Stoerka.

Posiedzenie Towarzystwa ginekologicznego w Krakowie odbędzie się we wtorek dnia 4go marca o godzinie 6-téj wieczorem w pracowni Doc. Dra Marsa. Porządek dzienny: 1) odczytanie protokółu z ostatniego posiedzenia. 2) Kol. Mars przedstawi przekrój kobiety zmarłéj podczas porodu. 3) Kol. Braun pokaże preparat anatomiczny macicy pękniętéj podczas porodu. 4) Kol. Cercha będzie miał odczyt o mięsieniu w ogólności i zastosowaniu tegoż do leczenia cierpień ginekologicznych, w szczególności wysięków zapalnych w miednicy małéj.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 8: Boryssowicza: Zmiany w budowie niektórych narzędzi gynjatrycznych (dok.) — W *Gazecie Lek.* Nr: 8: Pawińskiego: Influenza czy dengue; Sokołowskiego: Uwagi n. charakterem panującéj w Warszawie inflnenzy (dok.); Heryngła: O wynikach chir. leczenia suchot krtani (c. d.). — W *Przewodniku gimnast.* Nr 2: O grużlicy we Lwowie,

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. KARLINSKI w Stolaču: Statist. Beitrag z. Kenntniss d. Eiterungserreger b. Menschen u. Thieren (Odbitka z *Centr. Bl. für Bakteriol.* 1890) in 8-vo str. 6. — GRUNDZACHA: O rozpozn. chorób żołądka i kiszek. (Odbitka z *Medycyny* 1889) in 8-vo str. 23. — Dr. ZIELEWICZ: Igła połknięta, odnaleziona w gruczole tarczykowym (odbitka z *Nowin Lek.* 1889) in 8-vo str. 4. — Dr. BŁAŻEJEWSKI: Terapija chirurg. niektórych chorób płucowych (odbitka z *Nowin. Lek.* 1889) in 8-vo str. 7. — Dr. K. WAGNER w Petersburgu: K'wosprosu ob izmienenijach jaiczek u czestołocznych, Petersburg, 1889, in 8-vo str. 50 (Odbitka z *Wracza*). — Dr. H. Szcz. ZALESKI (w Tomsku): Die Vereinfachung v. macro- u. microchem. Eisenreactionen (Odbitka z *Zeitschr. f. phys. Chemie*, 1889) in 8-vo str. 9. — K'woprosu ob innerwacii zaoczewago puzyria. Eksperimentalne izsładowanie. Dissertacya na stepeń doktora mediciny W. Skobiczewskiego. Warszawa, 1890, in 8-vo str. 56 z tabl. — M. HAY: Die Kuhpockenimpfung und Deutschland, Hollad, Belgien u. Oesterreich, Wien 1890, M. Perles in 8-vo str. 97.

Sprostowanie. W Nrze 7 na str. 98, szp. 2, wiersz 3-ci od dołu zam. żebractwo żydowskie, powinno być: rzezactwo żydowskie.

* Komitet pikniku lekarskiego, który odbył się w przeszłym tygodniu w Krakowie, uchwalił kwotę 70 złr., pozostałą po opędzeniu kosztów zabawy, wręczyć redakcyi „Przeglądu Lekar.", przeznaczając ją na rzecz funduszu wdów i sierót po lekarzach przy Towarzystwie lekarzy galicyjskich we Lwowie istniejącego. Kwotę tę przesłaliśmy p. Protomedykowi.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 8 Marca 1890. Nr. 10.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$3\frac{1}{2}$ „	6 „

I. Kilka uwag o przebiegu influenzy w Krakowie.

(Wykład na posiedzeniu Tow. lek. krak. w d. 19 lutego b. r.).

Podał

Prof. Dr. W. Antoni Gluziński.

Występując ze spostrzeżeniami o influenzy na dzisiejszem posiedzeniu mam głównie na oku rozbudzenie dyskusyi nad tym przedmiotem, abyśmy sobie wyrobili o ile można dokładny obraz epidemii, która za pamięci najstarszych nawet kolegów u nas poraz pierwszy panowała.

Jak wiemy, sama choroba znaną była od dawna, bo w IX. wieku po Chr. mamy już wzmianki o epidemijach kaszlu z gorączką albo tak zwanéj gorączki włoskiéj. Dokładniejsze wiadomości posiadamy jednak dopiero od epidemii z r. 1510. Odtąd do dziś dnia wylicza Hirsch w swojem dziele przeszło 100 epidemij, z których niejedna i Polskę nawiedziła, n. p. w r. 1580, 1658, 1729, 1781 i t. d., a rozmiary ich wcale nie ustępowały obecnie panującéj. Jedne z nich były łagodne, jak w r. 1510, w któréj oprócz dzieci mało kto miał umierać, a między tymi ostatnimi znalazła się żona Filipa I., a w wielkiem niebezpieczeństwie życia był papież Grzegorz XIII.; inne bardzo złośliwe, jak n. p. w r. 1580, podczas któréj w Rzymie miało zginąć 9000 osób, a Madryd zupełnie opustoszał. Weir opisując tę epidemiję przypisuje wielką śmiertelność sposobowi leczenia, który polegał na silnych upustach krwi. I nasz wiek poszczycić się może całym szeregiem epidemij, jużto ogólnych, jużto więcéj miejscowych, tak ogólne n. p. w roku 1831, 1833, 1837, więcéj miejscowe w 1851, 1858, 1860, we Francyi w 1867, w północnéj Ameryce w 1870, a w Niemczech 1874 i 1875.

Epidemije te panowały w lecie i w zimie, w naszym klimacie najczęściéj jednak z końcem jesieni i w zimie, podobnie jak i obecna epidemija. Co do liczby osób zapadających na takową, wiele z poprzednich epidemij nie ustępowało w niczem obecnéj, tak n. p. w 1782 roku w Petersburgu w dniu 2 stycznia miało zapaść odrazu 40000 osób, w Wiedniu 3/4 ludności uległo, a choroba tak nagle się rozwijała, że zyskała nazwę: „kataru błyskawiczego“ (*Blitzkatarrh).* Najczęściéj wychodziły epidemije z Azyi i przez Rosyję dostawały się daléj do Europy, ztąd nazwa: „katar rosyjski“, rzadziéj szła od południa przez Włochy, a ztąd powstała nazwa: „katar włoski“. Używana późniéj nazwa grypa „*la grippe*“ według Biermera ma pochodzić od francuskiego słowa *agripper*, według Piotra Franka źródło nazwy znajduje się w naszym języku i ma pochodzić od wyrazu „chrypka“. Nazwa *influenza* jest pochodzenia włoskiego, w literaturze lekarskiéj użył go pierwszy Pringle w 1752 roku. Między ludnością musiała być ona jednak znacznie wcześniéj używana, a dowód tego mamy w liście królowéj naszéj Maryi Kaźmiry, żony Jana III., która donosi siostrze mężowskiéj księżnie Radziwiłłowéj, że zapadła na influenzę [1]. W Krakowie podczas obecnéj epidemii otarła się między ludnością nazwa „modna choroba“ i to nie było nowością, mamy bowiem z roku 1712 dziełko o influenzy, które nosi tytuł: *Prolusio, qua die Galanteriekranheit oder das Modefieber delineatur.*

Obecna epidemija miała się rozpocząć w Bucharze, panowała tam wśród skwarnych upałów czerwca i lipca; w październiku była w Syberyi, w pierwszych dniach listopada w Petersburgu, a wkrótce w całéj Europie i Ameryce północnéj. W Krakowie pierwsze przypadki, które na pewne jako influenzę rozpoznać mogłem, widziałem między 10—15 listopada; od tego czasu możemy na pewne przypuścić, że epidemija u nas już była. Podnieść jednak muszę odrazu, że rozpoznanie pojedynczych, sporadycznych przypadków nie łatwe i dla tego jestem skłonny przypuścić, że w każdéj

[1]) Moja kochana siostrzyczko! Nie mogę wyrazić, jakem jest stęskniona...... Posłałabym dawniéj do W. X. M., o tom króla mego molestowała, ale on od noclegu do noclegu odkładał, tandem do Radzimina przyjechawszy, porwała mię febra terciana, która mię dotąd trzyma, zrazu pięć paroxyzmów dosyć złych, w których doktorowie nabrali się strachu, przez dwa potem dni nie było jéj, i znów dwa paroxyzmy, jutro się jéj spodziewam. Okrutna tu moc ludzi na tę febrę choruje, która potem obraca się w malignę. Rzecz pewna, że jest coś w powietrzu, ale nie godzi się tego przed królem powiadać, wszyscy atoli tuteczni ludzie influencyą przezywają......

miejscowości prawdopodobnie występowała influenza wcześniéj, nim ją stwierdzono jako epidemiję, że rozwija się ona powoli w każdéj miejscowości miazmatycznie nim szersze rozmiary przyjmuje, a opierałbym to przypuszczenie na fakcie, że już w sierpniu i wrześniu z. r. widziałem przypadki, które dziś również za influenzę uważać muszę, które już wtedy, gdy jeszcze mowy nie było o influenzy, zwracały moją uwagę i w rozmowach z kolegami, jak sobie może niektórzy przypomną, podnosiłem, że w Krakowie jest jakaś nowa choroba zakaźna. Faktem dalszym jest, że w końcu października i w pierwszych dniach listopada pojawiały się przypadki już liczniejsze, które brałem za *intermittens* z jakimś nieregularnym przebiegiem, gdzie napad trwał 1—2 lub 3 dni. Aż przyszła wiadomość o szerzeniu się influenzy w Petersburgu, sprawa zaczęła być jaśniejszą i w dzienniku moim mam 12 listopada już zanotowany pierwszy przypadek tak wybitnéj influenzy z całym szeregiem objawów, że rozpoznanie nie mogło ulegać wątpliwości. Odtąd coraz częściéj pojedyncze przypadki się pojawiały, aż około 10 grudnia choroba ta przybrała charakter epidemiczny.

Sądzę, że stwierdzenie tego szczegółu mało dotychczas uwzględnionego zasługuje na uwagę, bo dodaje on jeszcze jedną więcéj podstawę do zaliczenia influenzy do chorób miazmatycznych, do chorób, które w danéj miejscowości znajdują warunki do powstania zarazka. Jakie to są warunki, tak samo nie wiemy, jak i poprzednio, i obecna epidemija w niczem sprawy nie rozjaśniła, spostrzeżenia bowiem co do stopnia wilgotności, zmian temperatury, stanu wody gruntowéj, kierunku wiatru i t. d. nie dały żadnych podstaw; a okoliczność, że wybuch epidemii przypadł na rok, w którym ogólna posucha panowała, nie rozjaśnia sprawy, bo mamy cały szereg epidemij, które znów na lata wilgotne przypadają.

Zdając sprawę z przypadków spostrzeganych przezemnie w obecnéj epidemii nie mam zamiaru skreślać ogólnego obrazu chorobowego, boć on jest dostatecznie kolegom znany z opisów i z własnego doświadczenia. Chcę zwrócić tylko uwagę na niektóre szczegóły, których jużto z pojęciami dotąd wypowiedzianemi nie mogłem pogodzić, jużto na które dotąd mniéj zwrócono uwagę, jak n. p. pewne powikłania i następstwa influenzy.

Z góry zaznaczyć muszę, że i w mieście naszem wszystkie warstwy ludności były tą chorobą dotknięte, że wiek chyba z wyjątkiem bardzo małych dzieci, nie stanowił różnicy, że podobnie jak i w innych epidemijach wszystkie trzy formy można było zauważyć. t. j. nieżytową, żołądkowo kiszkową i nerwową. Co do podziału tego śmiałbym jednak nadmienić, że podział ten jest więcéj sztuczny, najwięcéj było jeszcze czystych form nieżytowych, mniéj obserwowałem nerwowych i żołądkowo-kiszkowych, bardzo często zaś widziałem kombinacyje jednéj formy z drugą lub też przypadki, których właściwie do żadnéj z tych form ściśle zaliczyćbym nie mógł, bo objawiające się n. p. ciągłem osłabieniem serca, omdlewaniami, które nieraz inaugurowały sprawę, jak również n. p. trzy przypadki, które obok nieznacznego zajęcia umysłowego nosa, gardła, spojówek od pierwszéj chwili okazywały pokrzywkę na całem ciele i ta była dominującym objawem.

Początek choroby był jużto nagły, jużto więcéj powolny, trwanie od jednego do kilku dni, koniec przez spadek ciepłoty krytyczny lub też więcéj *per lysin*. U starców niektórych sprawa odmiennie przebiegała, bo ciepłota nie podnosiła się wysoko n. p. 37·8—38°C., przeważało ogólne osłabienie, i stan taki przewlekał się, trwał 10—14 dni.

Rekonwalescencyja w niektórych przypadkach szła dość prędko, w większéj liczbie natomiast bardzo wolno, i to najdłużéj w przypadkach, w których przewód pokarmowy był zajęty, bo brak łaknienia pozostawał na czas długi, również ciągłe drażnienie do kaszlu, który najczęściéj występował dopiero po ustąpieniu stanu gorączkowego, bóle mięśniowe w różnych miejscach, ogólne osłabienie przedłużały sprawę.

Nawrotów choroby widziałem kilka, nie mogę jednak uważać za nawroty, lecz za dwukrotne przebywanie téj saméj choroby przypadków, jakie widziałem u dwóch chorych mężczyzn, ponieważ odstęp był cztero-tygodniowy, to jest raz przebywali ją w połowie listopada, drugi raz z końcem grudnia i w początkach stycznia, obydwa razy z dość znacznem natężeniem. Jestto szczegół, o którym nigdzie nie czytałem w dotychczasowych obserwacyjach.

Z nerwobólów najczęściéj spostrzegałem międzyżebrowy, nadoczodołowy i raz nerwu troistego. Występowały one od początku choroby, utrzymywały się nieraz po ustąpieniu stanu gorączkowego, a jedyny przypadek nerwobólu n. troistego wystąpił dopiero po przełamaniu się choroby. Jakkolwiek te nerwobóle stanowią jeden z częstych objawów influenzy, wspominam o nich dla tego, ponieważ w występowaniu ich zauważyłem pewien szczegół, na który również mało zwrócono uwagi, t. j. pewną peryjodyczność w niektórych razach polegającą na tem, że nerwobóle te występowały stale w pewnych porach dnia, najczęściéj codziennie popołudniu, trwały kilka godzin, aby zupełnie ustąpić lub w znacznie mniejszem nasileniu trwać resztę dnia. Zapewne ta peryjodyczność bólów, którą również w zimnicy spotykamy, dała powód, że i dawniejsi niektórzy lekarze, (a i teraz się tacy znaleźli), uważali influenzę za rodzaj zimnicy lub też wypowiadali zdanie, że influenza przechodzi niekiedy w zimnicę. Do wypowiedzenia tego ostatniego zapatrywania mogły dać powód i przypadki podobne do tych, z jakich obserwowałem jeden, a ma on w sobie tyle ciekawych szczegołów, że pozwolę go sobie w krótkości przytoczyć. (Dok. nast.)

II. Z kliniki chirurgicznéj prof. Rydygiera w Krakowie.

O wilku pierwotnym w krtani.

Podał

Dr. Adam Langie,

elew tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 9).

Dnia 4 marca duszność spotęgowała się do tego stopnia, że groziło choremu uduszenie, z tego powodu wykonano bezzwłocznie tracheotomiję, otwierając tchawicę prawie w połowie odległości pomiędzy *inc. jugularis sterni* a chrząstką obrączkową. Odtąd chory oddycha swobodnie, ciepłota tylko w pierwszych paru dniach po tracheotomii podniosła się, dochodząc wieczorem do 38·9°; w płucach stwierdzono dość obfite rzężenia wilgotne, grubobańkowe i podano choremu *inf. Ipecac.*

Dnia 6-go po tracheotomii rzężenia znacznie się zmniejszyły, a po kilku dniach następnych zupełnie ustąpiły, ciepłota powróciła też do stanu prawidłowego. Chory odkrztusza przez ranę tracheotomijną niezbyt obfitą ilość wydzieliny śluzowo ropnéj, oddecha swobodnie, a stan obecny krtani tak się teraz przedstawia: obrzęk po stronie prawéj powiększył się, a to zarówno wypuklając się więcéj do światła krtani, jako też rozszerzając się na boki. Po stronie lewéj wystąpiły nowe wybujałości, podobne do poprzednich, dawne powiększyły się nieco. Skutkiem tego powiększenia obrzęku głośnia została zakrytą tak, że tylko w tylnéj części przy wydawaniu głosu daje się spostrzedz drobny otwór wielkości groszku. Rozpoznano: *Stenosis laryngis,*

a ponieważ przypuszczano, że powodem zwężenia jest prawdopodobnie złośliwy nowotwór, przeto wykonał dnia 22-go marca prof. Rydygier wyłuszczenie krtani. Po poprzedniem założeniu rurki tchawicznéj Hahna, owiniętéj gąbką prasowaną, wycięto krtań całą, według Billrotha, postępując od dołu ku górze, wraz z nagłośnią i pierwszą chrząstką tchawiczną. Badanie krtani wyciętéj w zakładzie anatomii patologicznéj prof. Browicza wykazało naciek drobnokomórkowy rozlany w błonie śluzowéj i tkance podśluzowéj, rozpoczynający się na tylnéj powierzchni nagłośni, zajmujący prawie $^3/_4$ części téjże, przechodzący na błonę śluzową krtani, zajmujący oba więzadła głosowe i sięgający poniżéj głośni aż do drugiéj chrząstki tchawicznéj. Cała powierzchnia téj zgrubiałéj, naciekłéj błony śluzowéj nierówna, pokryta całem mnóstwem drobnych, płaskich guzków, które pod drobnowidem przedstawiają charakterystyczną budowę guzka wilkowego. Pokazało się daléj, że guz, widziany za pomocą wziernika w prawéj połowie krtani, wywołany był obrzękiem znacznym i zgrubieniem błony śluzowéj, który to obrzęk po pewnym czasie na preparacie w spirytusie przechowanym znikł. Pomiędzy guzkami spostrzedz można na przedniéj ścianie krtani kilka drobniutkich owrzodzeń, blizn jednak wcale nie ma. Na podstawie tego obrazu oraz ściśle przeprowadzonego badania drobnowidowego rozpoznano *Lupus laryngis;* tak więc mamy tu do czynienia z nowym przypadkiem pierwotnego wilka krtani bez poprzednich zmian na skórze lub błonie śluzowéj gardła, jamy ust lub nosa.

Chory, którego po operacyi karmiono przez jakiś czas za pomocą cewy żołądkowéj, dość szybko zaczął przychodzić do zdrowia, po 10-ciu dniach już sam mógł nieco połykać, rana goiła się doskonale, ciepłota ciała ani razu nie była podwyższoną ponad stan normalny, a w końcu lipca b. r. z założoną sztuczną krtanią Brunsa w stanie zupełnego zdrowia opuścił pacyjent nasz klinikę. Przy pomocy sztucznéj krtani, do któréj się w krótkim czasie przyzwyczaił i z którą sam się umie obchodzić, mówi wcale zrozumiale i wyraźnie, a nawet i bez niéj jest w stanie szeptem wymawiać niektóre wyrazy.

Nawiasowo dodać tu musimy jedną uwagę; jak zaraz zobaczymy *lupus laryngis* nie jest wskazaniem do wyłuszczenia krtani i w naszym przypadku nie byłoby się przystąpiło do tego zabiegu, gdyby przedtem można go było z pewnością rozpoznać. Na usprawiedliwienie dodać możemy, że nasz przypadek nie jest pod tym względem jedynym, odosobnionym w literaturze, owszem znamy dwa przypadki, w których chodziło również o *lupus*, a w których wykonano wyłuszczenie krtani [1]): jedną operacyję wykonał Kocher w Bernie, drugą Iversen w Kopenhadze, uważając cierpienie to za *carcinoma*, a dopiero badanie drobnowidowe wyciętéj krtani, podobnie jak w naszym przypadku, wykazało *lupus*. Różnica jednak między tamtemi przypadkami a naszym jest ta, że w obu nastąpiło zejście śmiertelne (w przypadku Iversena w 4 dni po operacyi), podczas gdy nasz operowany ma się do dziś dnia wybornie. Czy pacyjent nasz na tem nie wyszedł lepiéj, ze względu na możliwość recydywy, iż doszczętnie wyłuszczono krtań, to jeszcze kwestyja. W każdym razie choćbyśmy się lękali tego zabiegu, możnaby wykonywać w przyszłości rozcięcie krtani w linii środkowéj, z następowem wyskrobaniem i wypaleniem części schorzałych. Z powodu tak skąpéj ilości opisów wilka pierwotnego w krtani, chcąc sobie wyrobić ogólny obraz tego rzadkiego cierpienia, oprzeć się musimy na liczniejszych nieco opisach wilka następowego.

Etyjologia: Wilk, jak wiemy, wogóle dość rzadko występuje w krtani i to częściéj jako cierpienie następowe. Z upodobaniem rozwija się choroba w młodym wieku, częściéj u kobiet niż u mężczyzn. Na 33 przypadków wilka następowego, opisanych przez Chiariego i Riehla (l. c.), spotykamy 25 kobiet (75·8%), a 8 mężczyzn (24·2%), z tych 19 chorych nie przekroczyło 20 roku życia. A. Haslund podaje na 10 chorych 9 kobiet (90%) w wieku od 18 do 32 roku życia. Marty (l. c.) zebrał w swojem dziełku 80 przypadków następowego wilka krtani, z tego obliczyć można 51 kobiet (63·8%) i 27 mężczyzn (38·8%), w dwóch przypadkach płeć nie podana. Co do wieku rzecz tak się przedstawia: średni wiek chorych obliczyć można z tych 80 przypadków na 22 lat, najmłodszy chory liczył l. 10, najstarszy 47 l. Ze zwiększającą się liczbą lat, liczba chorych maleje, jak to widzimy z następującego zestawienia:

liczba chorych liczących od	10 lat do	20 włącznie	= 34
" " " "	21 " "	30 "	= 24
" " " "	31 " "	40 "	= 6
" " " "	41 " "	50 "	= 6

Dotychczas nie zauważono, aby cierpienie to było wrodzonem, dziedziczność zaś wykazano w kilku przypadkach. Częściéj spotykano *lupus laryngis* w Niemczech, Francyi i Austryi, aniżeli w Anglii lub Stanach Zjednoczonych.

Jako momenta usposabiające uważają: nędzę, nieodpowiednie warunki hygieniczne, choroby infekcyjne, choroby osłabiające wogóle organizm, chociaż przeciwnie nieraz osoby dotknięte wilkiem krtani cieszą się najlepszem zdrowiem, nie ulega jednak z drugiéj strony wątpliwości, iż bardzo często spotyka się cierpienie to u osób skrofulicznych. Zdaje się, że i uraz może być momentem usposabiającym i punktem wyjścia wybuchu choroby, jak to kilka przypadków potwierdza.

Wszystkie te spostrzeżenia etyjologiczne, poczynione na przypadkach wilka następowego, można zastosować i do wilka pierwotnego, zwłaszcza, że i tegoż kilka powyższych przypadków zdają się uwagi te w zupełności potwierdzać.

Jaka jest właściwa istota i przyczyna choroby, nad tem pytaniem łamano sobie od dawna głowy, robiąc najrozmaitsze przypuszczenia, w które tutaj zapuszczać się nie możemy. Dziś możemy pojąć *lupus* wogóle, jako formę, odmianę niejako gruźlicy, zwłaszcza, że w tkankach dotkniętych tem cierpieniem wykazać można prątki Kocha, chociaż w mniejszéj o wiele ilości, aniżeli w ogniskach w ścisłem tego słowa znaczeniu gruźliczych. Niektórzy w tem właśnie upatrują cechę charakterystyczną, odróżniającą *lupus* od *tuberculosis;* Marty (l. c.) n. p. powiada: *le lupus du larynx est une forme de tuberculose laryngée à bacilles rares.* Prątki gruźlicze w tkankach, dotkniętych wilkiem znaleźli: Demme, Pfeifer, Doutrelepont, Koch i Krause i to albo w komórkach olbrzymich lub w otaczających je tak zw. przybłonkowatych, składających charakterystyczny na skórze guzek wilkowy. Ponieważ jednak prątki te znachodzą się w nader skąpéj ilości, przeto trzeba zrobić bardzo wiele przekrojów, aby je napotkać i tak n. p. Koch znalazł je raz dopiero w 27-mym przekroju, a raz nawet w 48-mym, co nam dostatecznie tłumaczy, dlaczego niektórzy nie znaleźli ich wcale (Malassez).

Za naturą gruźliczą cierpienia przemawiają daléj doświadczenia na zwierzętach Huetera, Schüllera, Doutreleponta, Pfeiffera, Cornila, a zwłaszcza Kocha, który zaszczepił 18-stu królikom do przedniéj komórki oka szczątki tkaniny dotkniętéj wilkiem, wziętéj z 10-ciu chorych ludzi, i u wszystkich wystąpiła typowa gruźlica. Także i tę okoliczność trzeba wziąć pod uwagę, iż u dotkniętych wilkiem rozwija się często gruźlica płuc i błon surowiczych i tak: Besnier na 38 chorych znalazł u 8 wybitną gruźlicę płuc (21%), Leloir zaś na 17 chorych 10 razy gruźlicę płuc, a raz *tumor albus genu* (przeszło 64%), inni spostrzegali gruźlicę błon surowiczych (Auber, Doutrelepont), a Volkmann, Besnier i Neisser zauważyli, że *lupus* rozwija się nieraz w sąsiedztwie przetok gruźliczych. Mimo tego niektórzy, jak Vidal i Kaposi, nie zgadzają się na to za-

[1]) Patrz Wassermann: *Uiber die Exstirpation des Larynx* w *Deuts. Zeitschr. f. Chirurg.* 1889, p. 474.

patrywanie. Lecz jak kiła występuje pod różnemi formami, tak samo może się rzecz mieć i tutaj, wprawdzie *lupus laryngis* nie jest podobnym do *tuberculosis laryngis*, tak jak wilk skóry do gruźlicy skóry, ale patogenicznie są to sprawy identyczne, wywołane przez jeden i ten sam prątek gruźliczy. Zręcznie wyraził to Neisser, mówiąc: *Der Lupus ist immer Tuberculose der Haut, aber die Tuberculose der Haut hat auch andere Formen als den Lupus.*

Dlaczego jednak ten drobny prątek, najstraszniejszy dzisiaj wróg cierpiącéj ludzkości, wywołuje raz zmiany, nazywane w ścisłem tego słowa znaczeniu gruźliczemi, drugi raz takie, którym dajemy nazwę wilka, na to nie miejsce tutaj odpowiadać.

Objawy wszelkie jakoteż obraz wziernikowy są zupełnie jednakie tak w wilku następowym jak i pierwotnym, z tą tylko różnicą, że wilk pierwotny więcéj zdradziecki, nie wywołując długi czas żadnych objawów, nie zwraca wcale na siebie uwagi chorego, który nie mając żadnych zmian na skórze ani na błonach śluzowych, nie doznając nadto żadnych zaburzeń ze strony krtani, czuje się zdrowym zupełnie, wygląda nieraz wybornie, apetyt ma dobry, gorączki żadnéj, Dopiero po pewnym przeciągu czasu, nieraz bardzo długimi zaczynają występować przypady czynnościowe, jak chrypka większa lub mniejsza, czasem uporczywa, grożąca przejść w chroniczną, czasem duszność, chwilowo występująca lub stale się utrzymująca, i te dopiero zaburzenia skłaniają chorego, jak w naszym przypadku, do zasięgnięcia porady lekarskiéj. Da się tu więc trafnie zastosować zdanie, które wypowiedział Marty w swem dziełku o wilku w krtani (l. c.): *le lupus du larynx demande à être deviné.*

O wiele więc prędzéj i łatwiéj wpadamy na trop chorobowy przy wilku następowym, gdzie spotykamy rozległe zmiany na błonie śluzowéj jamy ust lub gardła i bierzemy się do laryngskopowania, chociaż i tu zaburzenia ze strony narządu głosowego nie zaraz występują.

Zwłaszcza, co się tyczy głosu, istnieje nieraz rażący niestosunek między zaburzeniami czynnościowemi, a zmianami anatomicznemi. Tłumaczy się to tem, że wilk rozpoczyna się zwykle na nagłośni, a więzadła głosowe długo, czasem nawet wcale nie zostają zajęte. Głos więc pozostaje czysty, niezmieniony. W innych przypadkach wyjątkowo już w początku zwraca uwagę większa lub mniejsza chrypka, lecz i to nieraz nie zastrasza chorego ani lekarza, który bardzo łatwo-jeśli nie weźmie się do wziernikowania, uważać może przypad ten jako objaw zwykłéj *Laryngitis catarrhalis.* Zwykle jednak głos długo pozostaje prawidłowym, choroba tymczasem postępuje, może zająć więzadła głosowe i wtedy występują już, w miarę zmian anatomicznych, wybitniejsze zboczenia: głos staje się nieczysty, jakby przytłumiony, chrypliwy, przychodzi chrypka stała, zwiększająca się rano i wieczorem czasem afonia chwilowa, a jeżeli owrzodzenia zniszczą przyczepy więzadeł głosowych, powstaje afonia zupełna, stała, która już nie ustępuje.

Bolesności nie ma żadnéj nawet chociaż choroba już daleko postąpiła.

Kaszel rzadko występuje, zwłaszcza w początkach cierpienia, może on być zupełnie przypadkowym, wywołany inną chorobą oskrzeli lub płuc. W późniejszym okresie, gdy zmiany już więcéj rozwinięte, błona śluzowa krtani mocno obrzękła, pojawia się nieraz kaszel zazwyczaj krótki, suchy ze skąpą wydzieliną śluzową, wywołany zazwyczaj mechanicznie przez wprowadzone do krtani narzędzie, lusterko lub przez kęsek przechodzący przez przełyk. Co się tyczy wykrztusiny, ta zawsze bywa nader skąpą, w miarę okresu śluzową, śluzowo ropną lub ropną, nigdy krwawą. Oczywiście co do ilości tejże i jakości rozmaite mogą zajść zmiany, jeżeli przyłączy się jakaś choroba płuc lub oskrzeli. (C. d. n.).

III. Z oddziału położniczo-ginekologicznego prof. Dra Madurowicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Sprawozdanie za rok 1888.

Podał

Dr. W. Harajewicz,

sekundaryjusz tego oddziału.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 9.)

Pomyślną rzeczą jest, jeżeli osoba w ten sposób leczona przedstawia odpowiednie warunki do tego rękoczynu, t. j. przedewszystkiem, jeżeli jéj powłoki brzuszne są podatne, a bolesność nie przeszkadza łagodnemu działaniu.

W przeciwnym bowiem razie usiłowania dostania się oburącz do okolicy sprawą chorobową zajętéj, pozostają tylko usiłowaniami i naturalnie dodatniego skutku spodziewać się nie można. Że zaś w znacznéj liczbie tych chorych mamy do czynienia z osobami młodemi, dobrze odżywionemi, o jędrnych tkankach, przeto nie wiele pozostaje takich, których wyleczenie możnaby wprost przypisać zbawiennym skutkom i działaniu miesienia.

Aby więc uniknąć przedłużania pobytu chorych w zakładzie, używałem w razach podobnych rozmaitych równocześnie środków leczniczych, jak kąpieli ciepłych całych i nasiadowych, gdy stan choréj na to pozwalał, miesienia, daléj kataplazmów lub nalewki jodowéj zewnętrznie, albo *kalium jodatum* czy to w gałkach, czy też w tamponach do pochwy zakładanych. Temu też chyba przypisać należy, że z 37 chorych z wysiękami omacicznemi (w téj liczbie 15 z zajęciem tkaniny pozamac.), 26 wyszło zupełnie zdrowych w przeciągu od 14 dni do 3 miesięcy kuracyi, 5 ze znacznem polepszeniem (2 z *exsudatum post haematocelen retrout.*), które absolutnie dłużéj w szpitalu pozostać nie mogły, a 3 tylko wyszły nieuleczone, u których pozostałości pozapalne przedstawiały już modzelowate zgrubienia, których w żaden sposób nie można było usunąć.

Jedna z chorych tego działu umarła w 8 dniu po przybyciu do zakładu. M. F., lat 27, zamężna, przybyła do zakładu 22/9 1888 r. Stan jéj w chwili przyjęcia był tak lichym, że nie można było inaczéj rokować, jak tylko źle. Z wywiadów okazało się, że chora przed 6 tygodniami urodziła prawidłowo po raz drugi, wstawszy jednak w parę dni po porodzie zaczęła pracować i dostała nagle boleści dołem brzucha, dreszczów i gorączki.

Badanie wykazało: Osoba licho zbudowana i odżywiona, skóra ziemisto-blada, sucha. W szczycie lewego płuca, szczególniéj od tyłu przytłumienie wyraźne aż do grzebienia łopatki, w dolnym płacie prawego płuca od tyłu odgłos wypukowy bębenkowy. Przysłuchem stwierdzić było można na całéj przestrzeni furczenia i gwizdy, połączone w lewym szczycie z rzężeniami. Działanie serca prawidłowe. Brzuch dołem nieco wysklepiony, szczególniéj po stronie lewéj po nad więzem Pouparta, tamże wyczuć można było większy opór, połączony z bolesnością, skutkiem czego dokładnie zbadać nie można, gdyż powłoki brzuszne podczas każdego głębszego ucisku napinała silnie. Sklepienia oprócz prawego napięte, twarde i bolesne, macica powiększona, nieruchoma. Ciepłota ciała 38·3°.

Na podstawie tych objawów rozpoznano: „*Induratio apicis pulmonis sin. Bronchitis diffusa. Exsudatum parametriticum praecipue sin.*“

W ciągu 7-dniowéj obserwacyi wystąpiło wyraźnie zapalenie dławcowe w górnym płacie płuca lewego, które już w rezolucyję zaczęło przechodzić po paru dniach, gdy na nowo wystąpiły objawy ostréj sprawy zapalnéj, rozwijającéj się w dolnym płacie płuca prawego i chora wśród objawów ostrego obrzęku płuc ósmego dnia rano umarła.

Przez cały ten czas ciepłota ciała nie podniosła się nad 38·5°, ale też i nie opadła poniżéj 38°. Tętno z początku wcale dobre, zaczęło powoli słabnąć i niknąć, zyskując na częstości. Serce ulegało ogólnemu zakażeniu. Objawy ze strony narządu oddechowego tak na pierwszy plan się wysuwały, że sprawa cho-

robowa jako *Exsudatum parametriticum* rozpoznana, nie została zmienioną.

Sekcyja wszakże, mimo że w zasadzie rozpoznanie to stwierdziła, wykazała wszakże jeszcze proces patologiczny, który za życia nie dawał wybitnych objawów.

Protokół sekcyi brzmi: „*Abscessus parametriticus sinister enormis gradus. Peritonitis sero-fibrinosa levioris gradus. Pleuropneumonia fibrinosa lobi intimi pulmonis dextri, et superioris sinistri in stadio resolutionis incipientis, nec non intimi ejusdem pulmonis in stadio hepatisationis rubrae. Oedema acutum pulmonum. Tumor lienis subacutus. Degeneratio adiposa musculi cordis, hepatis ac renum. Hypoplasia trunci aortae.*“

Trudno przypuścić, aby w przypadku tym obiedwie choroby występowały zupełnie odrębnie i niezależnie oo siebie, lecz mimowoli przypuścić należy, że jedna stała się przyczyną lub przynajmniéj ułatwiła wystąpienie drugiéj. Za główną naturalnie chorobę przyjąć musimy zapalenie tkanki omacicznéj, które do tak kolosalnych zmian doprowadziło. Ropień bowiem przez sekcyję odsłonięty zawierał w sobie około 2 litry ropy zielonéj cuchnącéj, a był otoczony ścianą mniéj lub więcéj 7 milim. grubą, zbitą, modzelowatą. Wąskim paskiem również zgrubiałéj tkanki od macicy oddzielony sięgał na zewnątrz i ku górze do wysokości grzebienia kości miednicowéj, ułożony skośnie w tkance przymacicznéj. Ropień ten jako taki nie dawał żadnych osobnych objawów, gdyż bardzo grubemi ścianami otoczony fluktuacyją się nie zdradzał. Gorączki typowéj w ropieniu nie było, jako też i dreszczów zdradzających ujemny wpływ rozkładu miejscowego na cały organizm. A jednak owo dławcowe zapalenie płuc, tak łatwo z jednego miejsca w drugie wędrujące, musiało pozostawać w bezpośredniéj zależności od tego ropienia. Rzecz jasna, że sprawa infekcyjna lokalnie usadowiona w tkance zaotrzewnowéj miednicy, początek swój wzięła z porodem, pomimo że tenże prawidłowo przebiegał i nie wymagał żadnych manipulacyi w częściach rodnych. A jednak naturalne odgraniczenie zgubnego ogniska, reakcyją miejscową wywołane, przedstawiające się pod postacią grubéj modzelowatéj ściany, nie było w stanie uchronić organizmu od zgubnych następstw dostawania się zawartości ropnia do ogólnego ustroju.

Rok 1888 na oddziale położniczym.

Z roku ubiegłego pozostało brzemiennych 6, położnic 11. Przybyło w roku 1888 310 ciężarnych. Z tych przeniesiono do kliniki lub wydalono 10, a w zakładzie urodziło 298. Pozostało zatem na rok 1889 kobiet brzemiennych ośm.

Porodów ze świata było 27, w liczbie téj jeden przedwczesny i jedno poronienie.

Z 298 porodów w zakładzie odbytych było prawidłowych 265, przedwczesnych 9, poronień 7. Płodów po porodach przedwczesnych umarło 7, dwa zaś w 7 miesiącu ciąży urodzone udało się przy życiu zachować.

Porodów bliźniaczych było 2, jeden bez komplikacyi, drugi nieprawidłowy.

Nieprawidłowych porodów w normalnym końcu ciąży wydarzyło się 20. Z tych 6 powolnych dla ścieśnienia miednicy, jeden z *placenta praevia lateralis* i z krwotokiem nieprawidłowością tą wywołanym i jeden, podczas którego w ustawieniu czołowem II nastąpił skurcz ujścia wewn. koło szyi płodu, gdy główka zaczęła się już przerzynać przez szparę sromową.

Porodów z pomocą operacyj ukończonych było 12. A mianowicie: Kleszczy 6; 3 razy z powodu ścieśnienia miedn. przy ustawieniu wysokiem, a 3 razy dla słabych bólów porod. Obrót na nóżki 1 z powodu ścieśnienia mied. II st. Odprowadzenie pępowiny 1, która wypadła z pow. ścieś. mied. Położenie czasz. I. Wydobycie ręczne płodu 1 dla krwawienia podczas porodu bliźniaczego. Wydobycie zaśniadu groniast 1 z powodu krwotoku w V miesiącu. Uwolnienie rączek trudne 1 podczas powolnego porodu dla słabych bólów. Wydobycie łożyska 5 dla krwawienia, raz po zwyczajnym porodzie, 4 razy po innych oper.

Oprócz wyżéj wymienionych operacyj, wykonanych pośród porodów w zakładzie odbytych, wydobyć jeszcze musiano 7 razy łożyska w macicy pozostałe po ulicznych lub w domu odbywanych porodach.

Położeń i ustawień nieprawidłowych obserwowano 9. A mianowicie: 1. Pośladkowe zupełne I (poród w 7 miesiącu ciąży). 2. Pośladkowe zupełne I (poród prawidł.). 3. Pośladkowe zupełne II. 4. Nóżkowe niezupełne I. 5. Poprzeczne II (V m. *evolutio spontanea*). 6. Twarzowe I (ścieśnienie miedn. I st., poród przedwczesny z powodu *Pleuropneumonia*). 7. Twarzowe II (ścieśnienie mied. I st., poród prawidłowy). 8. Twarzowe II (poród prawidł., wielka ilość wód płodowych, płód mały). 9. Czołowe II (podczas por. skurcz ujścia wew.).

Połogów nieprawidłowych w ogóle było 73. Z tego 55 po porodach prawidłowych, zatem 16·07%. Z tego z zaburzeniami w częściach rodnych przypadków 27 = 8·00%. Z zaburzeniami w innych organach, z połogiem związku nie mających 28 = 8·3%. Połogów nieprawidłowych po 23 porod. nieprawidłowych było 9 = 39%. Po 8 porodach bez operacyi 6, czyli 76·9% { z zajęciem części rodn. 3 } „ innych org. 3 } = 37·45%. Po 12 porodach z operacyjami i po 7 operacyjach u położnic ze świata wykonanych, niepraw. połogów 3 = 15·8%, z zajęciem części rodnych 2 = 10 52%, z zajęciem innych organów 1 = 5·27%.

Zebrawszy te wszystkie liczby, otrzymamy ogólną odsetkę nieprawidłowych połogów po wszystkich porodach. Odjąć wszakże należy od tego 32 przypadków, w których przebieg prawidłowy połogu przedłużonym lub zakłóconym został zmianami w oddalonych organach przebiegającemi, a ze sprawą połogową związku nie mającemi.

Gorączkę wśród połogu występującą obserwowano w 51 przypadkach z tych zaś w 25 w połączeniu z chorobowemi objawami do zmian w częściach rodnych nie odnoszącemi się.

Zaburzenia w częściach rodnych z gorączką były następujące: 1. *Atonia uteri*, połączona z zadrażnieniem otrzewnéj 3, 2. *Endometritis puerp.* 7, 3. *Parametritis* 6, 4. *Parametritis squ. exsud.* 4, 5. *Perimetritis* 3, 6. *Perimetritis squ. exsud.* 1, 7. *Metrorrh. c ret. plac.* 2; razem 26. Choroby innych narządów połączone z gorączką: 1. *Intermittens* 18, 2. *Febris gastrica* 1, 3. *Febris typhoidalis* 1, 4. *Enteritis* 1, 5. *Bronchitis* 1, 6. *Tuberculosis mil.* 1, 7. *Pleuropneumonia* 2; razem 25.

Z 336 położnic wyszło do domu zdrowych 304, czyli 90·1%. Przeniesiono na inne oddziały 12. Umarło 5 = 1·48%. Najwięcéj przeniesionych zostało na oddział chorób wewn, albowiem 8, a mianowicie: 1. *Pericarditis (Mola hydatid.)*, 2. *Pleuropneumonia. Nephr.* (*partus praem.*), 3. *Pneumonia catarrh. Gonitis dex.*, 4. *Catarrhus apicis pulm utriusque*, 5. *Perityphlitis*, 6. *Pleuropneumonia* (*part. praem.*), 7, *Intermittens squ. hydraemia* (*gemelli*) 8. *Bronchitis diff.* (*part. praem.*). Na oddział chorób syfilitycz. poszło 3, 2 z powodu *Lues*, jedna z *Condyl. accuminata.* Na oddział chirurg. jedna z powodu *Abscessus cruris dex. post erysipelas.*

W przypadkach śmiercią zakończonych przyczyną tejże była 3 razy gorączka połogowa, raz wynaczynienie krwi do jamy czaszkowéj i raz gruźlica prosówkowa ostra. Dwa tedy ostatnie przypadki niezależnie zupełnie od porodu i połogu nieszczęśliwie się ukończyły; resztujące zaś 3 w tak niedobrym stanie już na oddział przybyły, że odpowiedzialności za nie pielęgnacyi w zakładzie przypisywać nie można.

Z tych ostatnich przypadków u dwóch poród odbył się w szpitalu, tak jedna wszakże jak i druga przyniesiona rodzącą okazywała znaczne podwyższenie ciepłoty.

I. K. W. l. 25, r. kat., mężatka, zamieszkała w Czarnéj wsi, przyjętą została do szpitala d. 27/9 1888 r. Badanie okazało: Osoba nie źle zbudowana i odżywiona. Ciepłota ciała 83·5°, tętno 110. Organa wewnętrzne zboczeń nie przedstawiają. Wieloródka, ustawienie czołowe II. Wywiady okazały, że drugi raz rodząca pierwszy poród odbyła prawidłowo. Obecnie bóle rozpoczęły się 26/9 po południu. Wezwana babka wiejska zabrała się energicznie do roboty, w celu szybszego ukończenia porodu, gdy tenże przez noc się przeciągał, d. 27/9 z rana zastosowała działanie pary gorącéj na części rodne i podawała coś do picia rodzącéj. Badanie wewnętrzne skonstatowało: zupełne ustalenie główki czołem we wchodzie stojącéj, a ujście zew. rozwarte na 4 ct. Wśród ciągłych i silnych bólów zaczęła główka o g. 2 po południu przerzynać się przez szparę sromową, gdy

nagle wystąpił tak silny skurcz ujścia wewnętrznego około szyi płodu, że dalsze postępy porodu ani naturalnie, ani sztucznie nie były możebnemi. Aby skurcz ten znieść, podawano czopki opijowe, a że płód już nie żył, więc i kąpiele nasiadowe ciepłe, wreszcie chloroformowano rodzącą. Wśród téj procedury poród ukończył się o g. 6 wiecz., płód płci męskiej, nieżywy, donoszony, wagi 3300 gr., długości 49 ctm. Przedgłowie przeważnie na lewym guzie czołowym usadowione, miernych rozmiarów. Łożysko odeszło samo w 5 minut po wyjściu płodu. Przed ukończeniem porodu jeszcze rodząca skarżyła się na ból w boku prawym.

Stan ogólny po porodzie nie tylko że się nie poprawił, ale nawet pogorszył znacznie, gdyż tętno doszło obok ciepłoty 39·3° do 136 uderzeń na minutę. 28/9 ciepł. 39·3°, tętno 130, wieczorem 39·5° — 140, język obłożony, suchawy, macica skurczona nie źle, ból w prawym boku, nad pachwiną dotkliwy, tamże wyczuć można opór.

29/9. Stan ogólny gorszy. Wzdęcie brzucha całego znaczne i bolesność, cera twarzy żółtawa. Język suchy. Ciepł. rano 38·3°, tętno 120, wieczorem 39·5° — 136.

30/9. Ciepł. 39° — 120, wieczorem 39·9 — 136. W ciągu dnia dwa razy dreszcze. Do ogólnego poprzedniego stanu dołączyła się biegunka uporczywa i brudne cuchnące odchody, z powodu których przestrzykiwano pochwę 2% kreoliną 3 razy dziennie. Żółtaczka wybitna. Z przyczyny osłabienia i biegunki podawano wino czerwone i opijum. 1/10. Stan coraz gorszy, tętno nikłe, drobne, osłabienie bardzo znaczne. 2/10 o godz. 9 rano nastąpiła śmierć. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Fizyjologija.

Dr. Ehrmann (Wiedeń): **Jaką drogę obierają ciecze przy wejściu w skórę za pomocą kataforezy?**

Od czasu, kiedy Jul. Wagner, zastanawiając się nad działaniem kokainy za pomocą kataforezy, całą rzecz w ogóle o wsiąkaniu w skórę leków płynnych za pomocą prądu elektrycznego bliższemu poddał ocenieniu, od czasu tego przemyśliwał E. nad metodą postępowania, któraby najprzystępniéj drogi, jakie te ciecze w skórze obierają, wskazać mogła. Ostatecznie wpadł na następujący pomysł: w dwa równe naczynia szklane, w których płyty cynkowe jako elektrody są umieszczone, wlewa się wodny rozczyn metylenowéj barwy niebieskiéj. W każde naczynie zanurza się rękę osoby drugiéj i przepuszcza prąd o 10—20 milliampère. Po 10 minutach w naczyniu o elektryczności ujemnéj ręka na swéj grzbietowéj powierzchni w miejscach, gdzie są gruczoły łojowe i pochewki włosowe, zasianą jest licznemi punktami niebieskiemi, podczas gdy ręka druga w drugiém naczyniu się znajdująca zupełnie jest czystą. Punkciki te niebieskie odpowiadają co się tyczy umiejscowienia w zupełności punkcikom szarym, jakie po smarowaniu skóry szarą maścią jeszcze przez pewien czas pozostają. To jest dowodem, że ciecze dostają się do skóry drogą gruczołów łojowych i torebek włosowych. Na téj podstawie się opierając, wprowadził autor przy *sycosis* po dokładnéj epilacyi w skórę sublimat. Skutek był nadspodziewanie dobry, a rzecz cała przedstawia naturalnie jeszcze wiele pola do badania. (*Wr. med. Wschft.*, 1890, Nr. 5). *Dr. Mendelsburg.*

Patologija.

Eiselsberg (Wiedeń): **Tężyczka po wyłuszczeniu wola.**

W klinice Billrotha wykonano 52 razy całkowite wyłuszczenie wola. 12 razy wystąpiła tężyczka i to najczęściéj nie nagle, lecz po objawach zwiastunowych. Sekcyja nigdy nie wykazała zmian w rdzeniu pacierzowym lub mózgu. Cztery przypadki przebiegały śmiertelnie, jeden po 4-ch tygodniach, drugi po 7-miu miesiącach. Wyłuszczenie przedsiębrano zawsze z powodu takich wól, które sprawiały dolegliwości w oddychaniu. Tężyczce uległy tylko kobiety i to między 12-tym a 64 tym r., co jednak za przypadek uważać należy. Pora roku, w któréj zabieg wykonywano, nie odgrywała żadnéj roli. Morfina i chloral sprowadzały małą ulgę w słabych napadach. Jako środek zapobiegawczy poleca się unikanie całkowitego wyłuszczenia. Ani usposobienia, ani przebiegu pooperacyjnego rany, ani zranienia nerwu wstecznego, które tylko 2 razy się przydarzyło, nie można obwinić, tylko całkowite wyłuszczenie. Za tem przemawia także doświadczenie. E. doświadczał na kotach. Samo wyłuszczenie całkowite sprowadzało zawsze tężyczkę i śmierć po 7—40 tu dniach. Wyłuszczenie całkowite z wcieleniem wyłuszczonego gruczołu ustrojowi (10 razy) jakoteż z wstrzyknięciem soku gruczołu tarczykowego innych zwierząt (5 razy) sprowadziło także zawsze tężyczkę. Wstrzykiwania morfiny nie zmieniały nic w chorobie. Jednostronne wyłuszczenie (16 razy) nie pociągało za sobą tężyczki. 8 razy wyłuszczono obustronnie t. j. usunięto najpierw jedną połowę gruczołu tarczykowego i wszyto w fałd sieci; po 3-ch dniach do trzech tygodni wyłuszczono drugą połowę. Druga operacyja sprowadzała zawsze śmierć, z wyjątkiem jednego przypadku: w tym sekcyja wykazała wrośnięcie gruczołu tarczykowego w sieć. Doświadczenie wykazuje, że usunięcie 4/5 objętości gruczołu sprowadza tężyczkę. E. podwiązywał następnie wszystkie naczynia i w ten sposób wykluczył gruczoł z ustroju (16 razy) i tu występowała zawsze tężyczka. W tych doświadczeniach gojenie odbywało się przez rychłozrost, mimo to następowała zawsze po całkowitem wyłuszczeniu śmiertelna tężyczka. Tylko w jednym przypadku, w którym gruczoł tarczykowy wgoił się, można było zapobiedz tężyczce. E. przyłącza się do twierdzenia Horsleya i znajduje czynność gruczołu tarczykowego w tem, że czyni nieszkodliwem istotę śluzakową ustroju, która w innym razie sprowadza zatrucie. Wagner w Wiedniu wstrzykiwał mucynę z gruczołu ślinnego wołu zupełnie zdrowym kotom i wywoływał w ten sposób tężyczkę. Przyczyny, dlaczego ludzie często znoszą całkowite wyłuszczenie, należy szukać w tem, że gruczoły tarczykowe dodatkowe są czestemi (*Berl. klin. Woch.*, 1889, Nr. 43).

Choroby wewnętrzne.

E. Hüfler (Erlanga): **O czynnościach żołądka w chorobach serca.**

Od czasu, jak przez zastosowanie cewy żołądkowéj badać możemy zmiany żołądka, tyczące się czynności ruchowéj lub chemicznéj, badamy ten narząd nietylko w takich przypadkach, w których żołądek jest pierwotnie zajętym, lecz także u takich, w których dopiero wtórorzędnie w przebiegu innych chorób sprawą chorobową został objęty. I tak poświęca Ewald w swym podręczniku do chorób narządu trawienia osobny rozdział wzajemnym stosunkom między chorobami żołądka i chorobami innych narządów i omawia pod tym względem gruźlicę, choroby serca, nerek, wątroby i dnę, nie podając jednak szczegółowych wyników o badaniu czynności żołądka. Dokładne badania nad czynnościami żołądka w przebiegu innych chorób uskuteczniono dotychczas tylko w gruźlicy płuc (zob. sprawozdanie P. L., Nr. 26 z r. 1889), gdzie wykazano, że w ogóle rozchodzi się o przewlekłe zapalenie żołądka. W chorobach serca wspomina Ewald, że także i tu z powodu przyrody sprawy chorobowéj przychodzi do zastojów żylnych w żołądku i do objawów przewlekłego nieżytu. Ponieważ chorzy, dotknięci chorobami serca, bardzo często lub nawet wyłącznie tylko na objawy żołądkowe się uskarżają, badał Hüfler w klinice prof. Strümpella czynności żołądka w takich przypadach. W tym celu podawano chorym śniadanie próbne według Leubego o 9-téj rano, po 2-ch godzinach wydobywano za pomocą cewy treść żołądka. Badanie przesączonego soku żołądkowego w ten sposób uskuteczniano, że przedewszystkiem doświadczano oddziaływania za pomocą papierków lakmusowych, następnie wykonano, celem wykazania HCl, Günzburga próbę fluoroglucyno-wanilinową, która okazała się najpewniejszą, następnie szukano kwasu mlekowego za pomocą odczynnika Uffelmanna (kwas karbolowy i chlorek żelazowy). Próbę na kwas solny za pomocą wioletu metylowego robiono tylko dla dokładności, okazała się ona mniéj pewną, niż próba Günzburga. Z badań tych wynika zadziwiająca okoliczność, że H. nigdy nie mógł wykazać wolnego HCl. w treści żołądkowéj w chorobach serca i dla tego twierdzi H., że we wszystkich chorobach serca, odnoszących się czy to do zastawek, czy też do mięśnia samego, wystarcza wynikły stąd zastój do osłabienia, względnie zniesienia zdolności żołądka wydzielania HCl. Dla praktyki poleca się podawanie takim chorym HCl.,

które może wystarczy do zapobieżenia powstawaniu nieżytu żołądka. (*Münch. m. W.*, 1889, Nr. 33). *Dr. Baschkopf.*

Choroby nerwowe.

Dr. Korányi (Peszt): **Przyczynki doświadczalne do padaczki Jacksona.**

Po elektrycznem lub chemicznem zadrażnieniu kory mózgowéj można po drażnieniu dotykowem skóry twarzy wywołać konwulsyje, które padaczce Jacksona zupełnie odpowiadają. Obszar ten (*epileptogene Zone*) zdaje się istnieć po każdorazowem zadrażnieniu mózgu. W niektórych przypadkach już samo dotknięcie uszu lub grzbietu wywołuje kurcze, a często przysunięcie drgających widełek akustycznych do ucha lub płomienia do oka zwierzęcia badanego może być przyczyną powstających drgawek, które jak widzimy i za pomocą drażnień czuciowych wywołane być mogą. Jeżeli korę mózgową po zadrażnieniu i zranimy, padaczka Jacksona nie rozwija się należycie, aż dopiero po ustąpieniu działania wstrzymującego. Jeżeli po zadrażnieniu kory mózgowéj cały mózg duży się ostrożnie wyłuszczy, konwulsyje rozwijają się tak samo, jakby mózg istniał w całości. Jestto dowodem, że padaczka Jacksona może zależeć od podrażnienia kory mózgowéj, ale że jéj główna przyczyna nie w mózgu leży. Zmiany w korze mózgowéj, które są podstawą padaczki Jacksona, mają to samo znaczenie co np. blizna wzdłuż nerwu kulszowego idąca w doświadczeniach Brown-Séquarda. (*Wr. med. Wschft.*, 1890, Nr. 5). *Dr. Mendelsburg.*

Chirurgija.

Prof. Landerer (Lipsk): **Suche opatrywanie ran.**

Autor podniósłszy pokrótce niektóre ujemne strony antiseptycznego opatrywania ran, słusznie przyznaje wyższość antiseptycznych opatrunków, które jednakże wielkich wymagają zachodów tak, że ich nie można stosować w gorzéj uposażonych zakładach, a tem mniéj w praktyce prywatnéj. Z tego powodu od 1½ roku operuje i opatruje na sucho. Pole operacyjne, narzędzia i ręce przygotowuje zmywaniem mydłem i szczotką, następnie spłukuje je rozczynem sublimatu ½ ‰. Od chwili operacyi zaś nie używa żadnych płynów z wyjątkiem rozczynu sublimatu dla zmywania rąk. Do ścierania rany używa tylko gazy sublimatowéj, którą sam sporządza maczając gazę w rozczynie *hydrarg. bichlor. 5·00, spirit. vini 2300·00, glycerini 200·00*, a następnie susząc ją. Krwotoki tamuje dokładnie, ale unika ile możności zakładania podwiązek, wychodząc z tego założenia, że podwiązki jako ciała obce zawsze ranę drażnią, dla tego też idąc w głąb rany pracuje na tępo palcami, trzonkiem noża i t. d. Tym sposobem skraca czas trwania operacyi i zmniejsza upływ krwi. Do szycia jak i do podwiązek używa tylko jedwabiu, a zaszywa przeważnie całą ranę, rzadko tylko pozostawiając mały otwór lub zakładając sączek. Na ranę przychodzi pokład gazy sublimatowéj, a czasem woreczek waty drzewnéj i opaska gazowa. Z wyniku jest bardzo zadowolonym, podaje bowiem, że od 1½ roku, w którym to czasie w ten sposób opatruje, nigdy nie miał ani zaczerwienienia rany, ani też podwyższenia ciepłoty powyżéj 38°, jakkolwiek w nie bardzo korzystnych warunkach pracuje. Szkoda, że do swéj rozprawki i tak bardzo krótkiéj, bo zaledwie sześć kartek obejmującéj, nie dołączył historyj chorób, któreby mogły dać podstawę do porównawczego zestawienia. (*Wiener Klinik* 1890, H. 2).
Dr. Bogdanik (Biała).

Choroby oczne.

Dr. hr. Magawly: **Przypadek wągra w ciałku szklanem, szczęśliwie operowany.**

U 25-letniéj wielkorosyjanki, zamieszkałéj w Kronsztadzie, a szukającéj porady w Petersb. ocznéj lecznicy, wykryto wągra w c. szklanem, przy zupełnym braku zapalnych objawów ze strony prawego oka. Przy jednoczesnem oderwaniu siatkówki wokoło tarczy n. wzrokowego, w odległości 5 średnic od niego widać było sinawy pęcherz pasorzyta, którego szyja i głowa wykonywała dość widoczne ruchy. W ciałku szklanem nieznaczne zmętnienia w okolicy oderwanéj siatkówki. Chora liczyła tem okiem palce w odległości 1 metr., defekt pola widzenia u góry i wewnątrz u dołu. Powoli wągr posuwał się ku przodowi, ku równikowéj okolicy gałki, umiejscowiając się odpowiednio między dolnym i zewnętrznym prostemi mięśniami. Operacyja wykonana w głębokiéj narkozie: gałka zwrócona silnie ku górze i wewnątrz, między wzmiankowanemi mięśniami oddzielono trójkątny płat spojówki od białkówki, którą rozcięto nożykiem Graefego w odległości 10 mm. od rogówki w kierunku równikowym, długość rany = 6 mm.; przy rozcięciu wyszło z oka kilka kropel bursztynowo-klejowatego płynu. Skoro tylko ranę rozszerzono cążkami, natychmiast między jéj brzegami ukazał się pasorzyt, z łatwością wydobyty. Wielkość jego = 8 mm., długość głowy i szyi = 1·5 mm. Ranę spojówki połączono szwami, oko zakryto zwilżoną sublimatową watą; uciskająca opaska na oba oczy, kilkodniowe leżenie. Po 8 dniach ciałko szklane zupełnie przeźroczyste, to same oderwanie siatkówki, chora liczy palce na 2 metry. Zdaniem Dra M. wągr wszedł do oka w okolicy tarczy i posuwał się powoli ku przodowi. Dotąd wągr w oku obserwowano 5 razy w wielko-ros. guberniach. Jest to pierwszy przypadek szczęśliwie wydobytego z ciałka szkl. wągra w ces. Rosyjskiem. Enukleacyj gałki wskutek wągra wykonano kilka. (*Wiestnik oftałmołogii*, ks. 1-sza, 1890). *Dr. J. Talko.*

Choroby dzieci.

Koch (Petersburg): **O plamicy u dzieci.**

W celu łatwego i stanowczego rozpoznania plamicy podaje K. sposób następujący: robi nakłócie skóry igłą w miejscu, gdzie jest mało wynaczynień, u zdrowego pozostaje skóra nie zmieniona; u chorego na plamicę powstaje mniéj lub więcéj znaczne wynaczynienie podskórne. Szybkość powstawania i wielkość tychże ma także znaczenie w rokowaniu i w rekonwalescencyi n. p. rzadko można je wywołać. Również ucisk nawet nieznaczny wywoływa podobny skutek; mała moneta, przymocowana na skórze za pomocą opaski flanelowéj, sprowadzić może w miejscu, w którem do skóry przylega, wynaczynienie. W leczeniu chwali K. napar sporyszu (1 : 100 co 3 godziny) i bezwzględny spokój w łóżku. Dla uniknienia nawrotów choroby zaleca pozostanie w łóżku 2 tygodnie po zniknięciu plam na skórze. (*Jahrb. f. Kinderheilk*, XXX. 4).

Mandelstamm (Kazań): **O działaniu fosforu w krzywicy.**

Autor podawał w 216 przypadkach krzywicy fosfor według formułki Kassowitza po 0·0005 dziennie. Za pomocą dokładnych spostrzeżeń, okresowo powtarzanego mierzenia i ważenia dzieci przekonał się o korzystnem działaniu fosforu. Jest on najdzielniejszym środkiem w krzywicy, można go bez szkody dla chorego podawać nawet bardzo długo, najlepiéj i najszybciéj działa na przypady nerwowe towarzyszące angielskiéj chorobie, n. p. napady laryngospastyczne często już po 10—14 dniach ustępują. Zmiany w kościach również ustępują i stan ogólny znacznie się poprawia. (*Jahrb f. Kinderheilk*, XXX., 4). *Dr. Kaden.*

Choroby uszne.

Zaufal (Praga): **Przyczynek do wydobycia ciał obcych z jamy bębenkowéj za pomocą oddzielania małżowiny.**

Omówiwszy sposób, w jaki ciała obce zwykle do ucha środkowego się dostają, roztrząsa Z. pytanie, kiedy wydobycie ich drogą chirurgiczną jest wskazanem i dochodzi do następującego wniosku. Natychmiastowa operacyja jest wskazaną, jeżeli występują objawy życiu zagrażające, po przekonaniu się, że ciało obce z powodu niekorzystnego ułożenia nie da się usunąć przez przewód zewnętrzny ucha, a stosunki chorego nie pozwalają na to, iżby został pod ciągłą obserwacyją lekarza. W innych warunkach trzeba zdaniem Z. czekać w celu zapewnienia rozpoznania i sprowadzenia warunków mechanicznych, korzystniejszych dla łagodniejszego wydalenia ciała obcego ze strony przewodu zewn. jednak wśród nieustannego dozorowania chorego ze strony lekarza, mianowicie przy codziennem mierzeniu ciepłoty ciała i częstem badaniu wziernikowem oka. Szczególnie do tego ostatniego przywiązuje autor na podstawie długoletnich doświadczeń wysoką wagę. Jeżeli w początku dno oka okazało się prawidłowem, a późniéj występują objawy przekrwienia, które coraz się powiększają albo inne objawy początkowego zapalenia n. wzrokowego i siatkówki, dla którego innéj przyczyny wynaleść nie można jak tylko ropienie ucha, trzeba

zaraz przystąpić do operacyi (trepanacyja albo usunięcie ciała obcego drogą oddzielenia małżowiny) Na dowód ważności badania dna oka za pomocą wziernika przytacza autor dwa bardzo ciekawe przypadki, w oryginale obszernie opisane, do którego bliżéj zajmujących się sprawą czytelników odsyłamy. (*Prager medic. Wochenschrift*, 1889, Nr. 50)

Dr. Spira.

Choroby skórne i weneryczne.

Dr. Hartmann (Dorpat): **Leczenie kiły za pomocą** *Hydrarg. oxydulatum nigrum purum.*

Wstrzykiwania podskórne kalomelu w zawiesinie wywołują znaczną miejscową reakcyję w postaci znacznych bolów i dość często występujących ropni, do tego dołączają się ślinotok, biegunka i osłabienie ogólne. Z tych przyczyn Watraszewski pierwszy porzucił kalomel i zaczął robić próby *Hydrarg. oxydulat. nigrum purum*, które z czystą oliwą w równych częściach mięszał. Dawka, któréj używał, wynosiła przeciętnie 0·10, a wstrzykiwań robił 5. Na 200 injekcyj nie miał ani razu ropnia, a objawy wyż opisane wcale nie występowały. Dobrze trzeba na to uważać, aby aptekarz nie użył do zawiesiny *Hydrg. ammoniatum*, ale *purum*, pierwszy przetwór bowiem w oliwie lub glicerynie ścina się na drobne kulki, które strzykawkę zatykają. Przepis, jakiego Hartmann używa, brzmi: Rp. *Hydrg. oxydulati nigr. puri 1·00 Olei olivar. purissimi 10·00.* Mięszanina musi być zawsze świeżą. Na jednę dawkę podaje *0·10 Hydrg.* czyli wstrzykuje całą strzykawkę Pravaza zawiesiny i 7 dni następnie pauzuje. Rozumie się samo przez się, iż strzykawka musi być płynem antiseptycznym dobrze wymytą, a igłę przed każdorazowém wstrzyknięciem radzi zanurzyć w rozczynie sublimatu, wbija zaś ją zawsze w pośladki. Tym lekiem leczył H. 68 chorych, a na 294 injekcyj miał tylko 10 małych ropni, które bez noża same się goiły. Ślinienie wystąpiło 3, a biegunka 2 razy. Bóle miejscowe były małoznaczące. Objawy kiły wtórorzędnéj świeże jeszcze nieleczone znikały po 6 injekcyjach czyli po 36 dniach. Także i dzieci injekcyje dobrze znosiły w dawkach 0·03. O nawrotach po tym lekowaniu występujących nic autor stanowczego powiedzieć nie może. (*St. Petersb. med. Wschft*, 1890, Nr. 3).

Dr. Mendelsburg.

Medycyna sądowa.

Dittrich: **O sądowo-lekarskiem znaczeniu krwotoków trzustkowych.**

W Nrze 47 *Przegl. Lek.* z r. 1887 zdaliśmy sprawę z pracy Reubolda w tym samym przedmiocie; w sprawozdaniu tem mieści się także literatura téj kwestyi, począwszy od pierwszego odnośnego ogłoszenia prof. Zenkera w roku 1874, który krwotok trzustkowy uważa za dostateczną przyczynę śmierci nagłéj i raz nawet jako referent Wydziału lek. wydał orzeczenie w tym kierunku. Odsyłając czytelnika do wspomnianego sprawozdania i do wniosków przeciwnych, do jakich dochodzi Reubold, zdajemy teraz sprawę z uwag ogłoszonych w *Viertelj. f. ger. Medicin* (1890, zeszyt styczniowy), przez Dra Dittricha, asystenta prof. Maschki w Pradze. Uwagi swoje opiera D. na przypadku następującym:

Więzień 21-letni usiłował powiesić się w kaźni; wcześnie odcięty po upływie minut kilka odzyskał przytomność i odtąd wystąpiły silne kolki brzuszne, utrzymujące się aż do śmierci, która nastąpiła w 44 godzin późniéj wśród zapadu. Z wywiadów okazało się, że człowiek ten przed 4 tygodniami także miał napad silny kolek brzusznych trwający 8 godzin. Sekcyja wykazała wynaczynienie wielkości grochu w lewym m. języko-tarczykowym, odpowiednio do bruzdy, śledzionę ostro obrzmiałą, serce i inne przyrządy z wyjątkiem trzustki prawidłowe. Po otwarciu jamy brzusznéj tkanka komórkowa ograniczająca sieć, jakoteż tkanka okołotrzustkowa okazała się mocno krwią podbiegła, na bł. surowiczéj żołądka wzdłuż krzywizny wielkiéj szereg małych wynaczynionek. Trzustka 16 cm. długa, a 3·5 cm. największéj grubości, postaci prawidłowéj, tkanka jéj wszędzie luźna, bardzo krucha, z licznemi wynaczynieniami świeżemi. Głowa trzustkowa o dość prawidłowem utkaniu, jakkolwiek rozluźnionem; reszta jéj zamieniona w masę czarno-brunatną, łatwo rozpływającą się, wśród któréj tylko wysepki wielkości prosa przypominały budowę prawidłową. Za lekkim atoli naciskiem na głowę trzustkową wydobywała się z niéj w małéj ilości ciecz do ropy podobna, a taka sama ciecz w ilości około dwóch łyżek znajdowała się w jamie miednicy. Otrzewna wszędzie miernie nastrzykana, nadto bł. surowicza żołądka w miejscu ograniczonem powleczona była wypociną włóknikową. Na podstawie wyniku sekcyi przypuszczono zapalenie ostre krwotoczno-ropiaste trzustki z następowem zap. otrzewny. Badanie mikroskopowe potwierdziło rozpoznanie, albowiem wykazało, że cały organ zajęty był sprawą zapalną z następową nekrozą wielkiéj jego części. Ze takie przypadki ostrego zapalenia trzustki ze skłonnością do krwotoków się zdarzają, świadczą opisy Löschnera, Oppolzera, Friedreicha, Birch-Hirschfelda i innych; dla tego podejrzywa, że i przypadki innych autorów, uważane jako czyste krwotoki trzustki, a których mikroskopowo nie badano, nie były niczem innem, jak tylko stanami zapalnemi; chyba, jeżeli poprzedzał uraz, a sekcyja nie wykazuje innych zmian chorobowych. Rozpoznanie zap. trzustki za życia jest rzeczą trudną, jakkolwiek Oppolzer w swoim przypadku chorobę za życia rozpoznał. W opisanym przypadku można było uraz wykluczyć; w splocie trzewowym nie znaleziono żadnych zmian a zresztą o śmierci nagłéj nie było mowy, gdy chory żył jeszcze 8 godzin po wystąpieniu objawów burzliwych. Etyjologia choroby jeszcze jest ciemną; Klebs przypuszcza działanie żrące wydzieliny trzustkowéj; D. sądzi, że według obecnych pojęć powstania mykotycznego może wykluczyć nie można. Co do znaczenia sądowo lekarskiego takiego przypadku zgadza się z wywodami Reubolda. *L. B.*

Notatki lecznicze.

Diuretyna, nowy lek moczopędny.

(Dr. M.). Wiadomo, że kofeina jest znakomitym środkiem moczopędnym, uboczne jéj jednak nieprzyjemne działanie, jak wywoływanie bezsenności i rozdrażnienia nerwowego, nie pozwalają jéj w większych dawkach stosować. Wskutek tego Dr. Gram w Kopenhadze chce ją zastąpić teobrominą w połączeniu z przetworami salicylowo-sodowemi, nadawszy jéj nazwę diuretyny. Przedstawia się ona jako biały proszek w wodzie rozpuszczalny i 50% teobrominy zawierający. W dawkach 6 gram. *pro die* działa jako znakomity lek moczopędny. (*Wr. med. W.* 1890, Nr. 6).

Działanie kwasu kamforowego w potach u suchotników.

Na polecenie Fürbingera podawał Dr. Len przez utlenianie kamfory za pomocą kw. azotowego otrzymany kwas kamforowy suchotnikom przeciw ich potom rozpływnym. Lek ten, który w wodzie jest mało, a lepiéj w alkoholu rozpuszczalny, podawano zazwyczaj w opłatku, smak bowiem ma nie bardzo przyjemny. Próbowano go 55 razy zawsze wobec silnych nocnych potów. Skutek zupełny osiągnięto w 60% przypadków, częściowy w 22%, a w 18% nie można było skonstatować żadnego polepszenia. Dawka wieczorem podawana miała 2 gr. ciężaru, często jednakowoż powiększano ją do 5 gr. Do dziwnéj szczególności kwasu kamforowego należy późne jego działanie tak, iż dawka zadana dopiero na 2-gą noc skutkowała. W 24-ch przypadkach potów suchotniczych atropiną leczonych skutek zupełny miano tylko w 42%, a działanie atropiny było zawsze krótsze, prócz tego występują po zadaniu tego alkaloidu nieprzyjemne objawy jak suchość w gardle, bolesność w połykaniu, uczucie zawrotu i bólu głowy, czego po kwasie kamforowym nigdy nie spostrzegano. Ważnem jest, że leczenie tym środkiem nie wpływało nigdy ujemnie na drogi pokarmowe, a u niektórych nawet sen spokojny i pokrzepiający sprowadzało, co zupełnym prawie brakiem potów wytłomaczyć sobie możemy. W jednym tylko przypadku zauważono drobną wysypkę świerzbiącą (*Urticaria).* Dr. Len stosował także kwas kamforowy zewnętrznie w przypadkach miejscowego pocenia się, n. p. pod pachami lub w nogach. Zmywania mięszaniną z spirytusem aromatycznym zadziwiająco dobrze działały. Według autora kwas kamforowy znacznie przewyższa atropinę w swych skutkach przeciw potom suchotników stosowaną. (*Wr. med. Blätter*, 1890, Nr. 6).

Dr. Mendelsburg.

V. Przyczynki do Epidemijologii Wschodu.

Podał

Dr. Władysław Jabłonowski w Burgas.

(Gorączka „Dengue").

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 9).

Nieporównanie donioślejszego znaczenia aniżeli „Dengue" czy „Influenza" jest dla epidemijologii wschodu wzmianka uczyniona przez pewne organa prasy, że przebywana pandemija grypy jest tylko przygotowawczym wstępem do spotkania się z cholerą. Nieszczęściem muszę nazwać, że podobny błąd dziennikarski poparli jeszcze i niektórzy z lekarzy, tem samem zamiast wpływania na złagodzenie, powiększyli tylko ogólny postrach. Wprawdzie w rocznikach irańskich znajdujemy wzmiankę, że w następstwie grypy grasującej epidemicznie w roku 1837; a dalej po pandemii jéj w Hiszpanii w roku 1884 w istocie plaga indyjska dokonała swego żniwa w staréj Europie. Nie jest to jednak dowodem pozwalającym głosić, że i obecny wybuch grypy utorować ma niejako drogę dla wykłucia się i rozwleczenia znanego cholerycznego zarazka. W każdym razie dla rozszerzenia się cholery z Mezopotamii do Persyi i dosięgnięcia jéj już do wybrzeży morza Kaspijskiego i granic Kaukazu uważam za stosowne streścić zakomunikowane przez urząd sanitarny środki ostrożności ze strony dwóch przedewszystkiem interesowanych rządów, ruskiego i tureckiego. Ten zaś wczesny już zamiar zrobienia co możebne, aby nie dopuścić zarazy do Europy, jest godnym wszelkiego uznania. Dowodzi bowiem, że zrozumiano nareszcie konieczność energicznego działania nie już po wybuchu epidemii, lecz już przed jéj ukazaniem się.

Południowo wschodnia Transkaukazyja w stosunku do swéj sąsiadki Persyi znajduje się w dość wygodnych warunkach geograficznych. Rzeka Arras stanowi od południa naturalną przeszkodę w komunikacyi. Dalej zaś na wschód rzeki Bułgurtu i Astoi do pewnego stopnia spełniają też samą misyję. Co zaś jest najpraktyczniejszem, to wydany rozkaz, obowiązujący wszystkich podróżnych pochodzących z Persyi, a udających się do Rosyi morzem, wysiadania w Baku, jedynym porcie dla nich otwartym, gdzie podróżni i towary będą przewietrzani i stosownie do potrzeby pozostaną w lazarecie kilka lub kilkanaście dni.

Wydawszy rozporządzenie ścisłego zastosowania się do powyższego przepisu, rząd ruski nie do tego ograniczył środki ostrożności. Ustanowiono bowiem komisyję z zadaniem czuwania nad rozwojem epidemii w pobliżu granicy. Komisyja ta będzie mieć dozór nad lazaretami i posterunkami straży sanitarnych pogranicznych, które powiększone stanowić będą nieprzerwany łańcuch na całéj długości granicy. Jednocześnie polecono odpowiednim władzom podwoić czujność nad granicami, nie wyłączając i tureckiéj, słusznie uważanéj za podejrzaną. Posterunki obserwacyjne są już ustalone na wszystkich punktach, gdzie drogi prowadzące z Persyi przenikają do państwa ruskiego. W punktach więc takich jak Urdabad, Ajdina-bazar, Nachczywon i Chudoperinsk podróżni odbywają 10 dniową kwarantannę. Ma być także wydany rozkaz ściśle wzbraniający wprowadzania towarów uważanych za bardziej podejrzane, a mianowicie dywanów, skór, włosienia i wełny w pakach W końcu Dr. Balajew otrzymał misyję udania się do Persyi dla dokładnego zbadania panującéj tam epidemii cholery, jej charakteru i zdania raportu władzy.

Ogół tych środków już zastosowanych lub mających się wprowadzić może na chwilę oddalić niebezpieczeństwo. Byłoby jednak dziecinnem zaufać im zupełnie.

Trudniejszem daleko jest położenie pogranicza turecko-perskiego. Na całéj bowiem kilkaset kilometrowéj przestrzeni od Bajazydu w Armenii aż do Rayet w Kurdystanie nie istnieje żaden posterunek sanitarny pomimo dróg, które przenikają do Turcyi z prowincyi perskiéj Czaldyran i z miast z tak ożywionym handlem jak Urnu, Delimon, Khijos i inne, nie wyłączając i okolicy Koturu, pozostającéj w nieprzerwanem połączeniu i z Wanem. Na tak długiem pograniczu (zamieszkałem przez koczujące plemiona Kurdów, raz pozostających na terytoryjum tureckiem, lub też znowu w Persyi), rozciągnięcie łańcucha straży pogranicznych jest nie do wykonania. Co więcéj sam charakter miejscowości zaznaczonéj wydatnym grzbietem górskim, wytwarzając liczne bardzo wąwozy i przesmyki, tem samem ułatwia przemycanie ludzi, trzód i towarów. Jakiekolwiek więc są usiłowania zarządu służby zdrowia w Turcyi, zabezpieczenie się z téj strony jest tylko pozornem. Walczyć tu bowiem przychodzi z samą przyrodą miejscowości, a co groźniejsza z Kurdami, których żadna władza nie zdołała jeszcze przekonać o doniosłości sanitarnych środków ochronnych. W Bajazyd jednak powiększono czas obserwacyj kwarantanowych z dni pięciu do dziesięciu.

Przypuśćmy także, że ten sam system ostrożności będzie zastosowany w Wanie, Rajet i Pendzowinie. Lecz to nie wystarcza. Nie ma bowiem siły, któraby mogła zmusić Kurda lub Persa do skierowania się ku wyżéj wykazanym punktom dla poddania się tam 10-dniowéj kwarantanie. Ze swym towarem lub trupami przemkną się oni mniéj uczęszczanemi drogami i wniosą z sobą morderczy zarazek. Wiem zaś z doświadczenia, jak niedokładnym jest system kwarantan tureckich. Bo gdzie nie ma zakładów lazaretowych, a w nich przyrządów do odwietrzania parą, samo zamykanie podróżnych i towarów w nędznych szopach na czas mniéj lub więcéj długi nie odpowiada wcale wymaganiom dzisiejszej hygijeny. Ztąd praktyczniejszemby było przerwanie na czas epidemii wszelkich handlowych stosunków z Persyją.

Wprawdzie rządy europejskie zgodnie uznają, że w ciągu pory zimowéj niebezpieczeństwo nie jest tak nagłem, a to z powodu, że karawany z podróżnymi i towarami nie kursują w téj porze roku. Zwodnicze to jednak przekonanie. Bo czyż to nie w ciągu zimy i pomimo pustyni i pasm górskich cholera przedostała się do zatoki perskiéj aż do wybrzeży morza Kaspijskiego w kilku tygodniach przeskoczywszy przestrzeń tysiąca kilometrów? Zaraza więc szerząc się dziś w Persyi choćby została tam umiejscowioną do wiosny, co staje się bardzo nieprawdopodnem, to zawsze pozwala przypuszczać wzmożenie się w swéj energii z nastaniem piękniejszéj pory roku, a zatem i z powrotem ruchu karawanowego. Rosyja i Turcyja czuwać będą podług możności nad drogami komunikacyj przebiegającemi ich terytoryja. Lecz jest także obowiązkiem innych urzędów sanitarnych, tak włoskich jak i francuskich, czuwać z całą pieczołowitością nad towarami perskiemi, przywożonemi z Batumu lub Trebizondy bezpośrednio do portów morza Śródziemnego. Byłoby bowiem przeciwnem zasadom hygijeny i policyi sanitarnéj międzynarodowéj pozostawić inicyjatywę działania li tylko dwom państwom graniczącym z Persyją.

Nie tylko jednak na pas graniczny zwrócono uwagę stróżów bezpieczeństwa sanitarnego. Owszem przez wysłanie komisyi na wyspę Kameran zabezpieczono i drogę prowadzącą z Indyj przez morze Czerwone do Suszu. Komisyja ta złożona z sześciu lekarzy z odpowiednim materyjałem do przyjmowania pielgrzymów z dalekiego Wschodu, udających się do świętych miast Islamu, jest czynną od połowy lutego do końca września. Zadaniem jéj jest najściślejsze zastosowanie przepisów policyi sanitarnéj do okrętów przewozowych, towarów i podróżnych.

Uważając zaś za konieczne postawienie stacyj sanitarnych w większych portach otomańskich na stopie wymaganéj przez dzisiejsze postępy hygijeny, rząd na przedstawienie komisyi sanitarnéj międzynarodowéj wysłał Dra Cozzonis, jeneralnego inspektora służby zdrowia, do Włoch i Francyi w celu zwiedzenia główniejszych stacyj kwarantanowych, wystudyjowania ich urządzeń i poznania dokładnego metody odwietrzań parą wodną. Dr. Cozzonis jako kierownik służby zdrowia w Turcyi, wziąwszy udział w kongresie międzynarodowym hygienicznym, powrócił z projektem zakupienia przyrządów odwietrzania systemu Geneste-Herszer, których sprowadzenie w zasadzie zostało zadecydowanem. Rząd zaś nie cofnie się przed poniesieniem kosztów na zakupienie przyrządów i ustalenia ich przy lazaretach w Beyrucie, Smyrnie, Valonie, Salonice, Dardanelach i Kawaku. Gdy zaś to nastąpi, będziemy uważali ten postęp za początek nowéj ery dla służby zdrowia w Turcyi.

Wystąpiono wreszcie z kwestyją czuwania nad porządkami hygijenicznemi w miastach, jak na początek, to w więk-

szych przynajmniéj. Sprawa ta od dawna poruszana przez Drów Mawrogeni, lekarza sułtańskiego i Aryf-beya, prezydenta najwyższéj rady zdrowia, znalazła wreszcie swe praktyczne zastosowanie. Otóż w zamiarze przeprowadzenia ostrożności sanitarnych przy urzędzie gminnym szóstéj dzielnicy miasta, utworzono komisyję złożoną z lekarzy miejskich pod kierunkiem Dra Sarella, jednego z bardziéj cenionych tu chirurgów. Całą dzielnicę podzielono na pięć części, z których każdą powierzono dwom lekarzom obowiązanym czuwać tak nad ogólną hygijeną, jak również nad jakością wody, produktów żywności i t. p. Oczywiście, że na rezultaty wypadnie poczekać. Spodziewać się jednak należy, że za przykładem dzielnicy Pery pójdą i inne w stolicy. A wtedy przy pieczołowitości lekarzy i dobréj, a energicznéj chęci rządzących można będzie zastosować środki ochronne, a tem samem i polepszyć sytuacyję zdrowotną, zawsze tu pozostawiającą wiele do życzenia (C. d. n.).

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

W sprawie hygijeny w wojsku francuskiem wystosował minister wojny de Freycinet do prezydenta Rzeczypospolitéj francuskiéj następujące pismo: choroba, która największe spustoszenia wyrządza w armii, jest gorączka durowa. W przeciągu 13-tu lat, 1875—1887, zachorowało 141.648 żołnierzy, z których 81.116 umarło; w tym samym czasie zabrała wspomniana choroba z pośród ludności cywilnéj, mimo jéj niekorzystnych stosunków, stosunkowo 7 razy mniejszą liczbę. Ta nadmierna śmiertelność w wojsku pochodzi z sypiania razem i z wadliwych stosunków mieszkania, ułatwiających zarażenie się. Okoliczności, ułatwiające wybuch gorączki durowéj i jéj rozszerzenie się, są głównie następujące: zła jakość wody do picia, zanieczyszczenie ziemi cieczami kloacznemi i w końcu wadliwe urządzenie wychodków. Od przełożonych służbie zdrowia żąda minister chemicznego i bakteryjologicznego badania wody do picia służącéj, wykazania jéj ujemnych stron i przedstawienia środków do jéj poprawienia. Co do wody rozróżnić można miejscowości: 1) takie, które posiadają wodę, nadającą się do domowego użytku, bez względu na jéj pochodzenie; 2) takie, które używają wody już z natury niezdrowéj, któréj jakość jednak przez filtrowanie dostatecznie poprawiono; 3) takie, które używają wody w różnym stopniu szkodliwéj. Bakteryjologiczne badanie takiéj wody wykazało ogromne ilości mikrobów i często prątek durowy w zatrważającym stosunku. Badania powyższe wykazały także, że nic nie równa się dobréj naturalnéj wodzie źródlanéj. Pierwszym praktycznym wnioskiem było połączenie załóg wojskowych z publicznemi wodociągami. W miejscowościach, w których ludność nie cieszy się wodociągami, uciekano się do filtrowania. Co do tego postępowania, nie wystarcza jeszcze, aby woda była jasna, bakteryjologija bowiem wykazała, że czysta woda zawierać może drobnoustroje dla człowieka bardzo niebezpieczne, podobnie jak chemia pouczyła, że ukrywać może trucizny najgwałtowniejsze. Co się tyczy wychodków, starano się zastąpić doły kloaczne ruchomemi beczkami („system beczkowy“) wszędzie tam, gdzie urządzenie kanalizacyi jest niemożebnem. Przykład korzyści, jaką przynosi rozpowszechnienie środka zapobiegawczego w wojsku, potwierdza się z każdym rokiem więcéj co do ochronnego szczepienia ospy. W przypadku choroby zakaźnéj poddaje się pościel, ubranie i pokój chorego działaniu pary wodnéj. (*W. kl. W.*, 1889, Nr. 37). *Baschkopf.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków,** dnia 6 marca. N. Pan udzielił zwyczajnemu profesorowi chirurgii w Uniw. Jagiell. Drowi Ludwikowi Rydygierowi order korony żelaznéj III. klasy.

* W roku bieżącym prof. chorób dzieci w Uniw. Jagiell. Dr. M. Leon Jakubowski kończy lat 25 działalności nauczycielskiéj. Za inicyjatywą asystentów i bliższych przyjaciół utworzył się komitet, przygotowujący uroczysty obchód jubileuszu zasłużonego nauczyciela i kierownika szpitala św. Ludwika, który jego staraniom w wielkiéj części powstanie swoje zawdzięcza. Uroczystość ta odbędzie się dnia 13 marca r. b.

* Na wczorajszem posiedzeniu Tow. lek. Prezes na wstępie poświęcił szczere słowa wspomnienia zmarłym kolegom Drom Lutostańskiemu i Radkowi; przyjęto jednogłośnie na czynnego członka Dra Kurasiewicza, następnie prof. Browicz przedstawił preparaty ciałek krwi czerwonych, gdzie obok poikilocytozy spostrzegano zmienione ciałka, okazujące ruch wirowy i postępowy w krwi choréj, okazującéj niedokrewność postępową; kol. Surzycki miał odczyt o hemoglobinuryi po porodynie, a następnie była bardzo ożywiona dyskusyja nad epidemiją influenzy.

* Kursa przygotowawcze dla kandydatów do egzaminu fizykackiego, w terminie wiosennym b. r. odbyć się mającego, rozpoczną się dnia 26-go marca b. r.

* Lekarz madrycki Sanchez Ocana, który leczył młodego króla w ostatniéj ciężkiéj chorobie, mianowany zostaje grandem hiszpańskim i markizem.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Giessen.** Katedrę oftalmologii po Hipplu otrzymał prof. Vossius w Królewcu. — **Peterburg.** Dr. Delicyn habilitował się jako docent pryw. anatomii. — **Dorpat.** Wysłużony prof. położnictwa Holst przeniósł się do Jeny. — **Kazań.** Dziekanem Wydz. lek. mianowany został prof. histologii Dr. Karol Arnstein. — **Wiedeń.** Na katedrę opróżnić się mającą po usunięciu się Brückego komisyja Wydziału lek. proponowała terno w następującym porządku: Exner (we Wiedniu), Rollet (w Grazu), Hering (w Pradze). Wydział atoli 19 głosami przeciw 11 proponował jedynego tylko Exnera.

* **Mianowanie.** Posadę prosektora przy szpitalu na Wideniu we Wiedniu otrzymał Dr. Adolf Zeman, asystent i adjunkt prosektora przy katedrze anatomii patologicznéj.

* **Nekrologija.** Dnia 2 b. m. umarł w Sanoku po ciężkiéj chorobie Dr. Jan Radek, c. k. lekarz powiatowy. Urodzony dnia 7 sierpnia 1845 r. ukończył medycynę w Krakowie, a po uzyskaniu stopnia służył przez kilka lat w szpitalu św. Łazarza w oddziele prof. Obalińskiego, kształcąc się pod jego kierunkiem w chirurgii. Z tego téż oddziału ogłosił w piśmie naszem kilka prac pomiędzy rokiem 1875—1878. Złożywszy następnie egzamin fizykacki otrzymał posadę lekarza powiatowego w Nadworny, a późniéj w Sanoku. Był to kolega zacny, skromny, pracowity i zdolny; na każdem stanowisku był chlubą zawodu swego. Cześć jego pamięci!

W tym samym przedmiocie otrzymaliśmy przed zamknięciem Numeru list następujący:

W dniu 2 marca r. b. utraciło społeczeństwo nasze w osobie c. k. lekarza powiatowego ś. p. Dra Jana Radka w Sanoku zacnego współobywatela, a stan lekarski współpracownika wprawdzie nie o rozgłośnem nazwisku, lecz cieszącego się powszechną sympatyją z powodu sumiennego spełniania obowiązków i głębokiéj oraz rozległéj wiedzy lekarskiéj. Dr. Radek urodzony w r. 1845 w Kalwaryi pod Krakowem własną pracą przebijał się przez życie; udzielając lekcyj prywatnych ukończył w r. 1869 gimnazyjum św. Anny w Krakowie, a w r. 1874 wydział lekarski i tu należał do najpilniejszych uczniów Uniwersytetu, dzielących czas cały tylko między wykłady, żmudne studyja i lekcyje prywatne, które mu utrzymanie zapewniły. Złożywszy nader szybko rygoroza, otrzymał w dniu 21 grudnia 1874 r. stopień doktora wszech nauk lekarskich i zaraz potem posadę sekundaryjusza w oddziale chirurgicznym prymaryjusza prof. Obalińskiego, który nie skąpił dla niego słów uznania z powodu pracowitości i wiedzy w obranym zawodzie. Z tych też czasów ogłosił kilka cennych spostrzeżeń naukowych, odnoszących się do kazuistyki chirurgicznéj, a zamieszczonych w „Przegl. Lek.“. Zamianowany w r. 1878 lekarzem powiatowym pełnił swe żmudne obowiązki najpierw w Nadwornéj, a od lat 2 niespełna w Sanoku. W roku 1881 przebył chorobę, dostającą się zwykle w dodatku do posady fizykom powiatowym, to jest ciężki tyfus wysypkowy, a późniéj nie odznaczał się świetnym stanem zdrowia. Mimo to w gorliwem spełnianiu obowiązków nie ustał ani na chwilę, dopóki śmierć nieubłagana nie wyrwała go z grona z nader pożytecznych i zacnych obywateli kraju naszego. Ojczyzna nasza biedna straciła w Drze Radku znów jednego z najlepszych synów swoich; tem cięższy obowiązek spada na następców. Cześć jego zacnéj pamięci! *Dr. Obtułowicz.*

W Bernie umarł profesor psychijatryi Dr. Schaerer, dyrektor zakładu w Waldau; w Berlinie tajny radzca prof. Karol Teodor Litzmann, b. profesor położnictwa w Kielu, licząc lat 75; w Lugano były prof. farmakologii w Zurychu Dr. Cloëtta.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.
W *Kronice Lek.* Nr 2: Krajewskiego: O doraźnéj pomocy przy zatrzymaniu moczu. — W *Gazecie Lek.* Nr. 9: Szpanboka: O przejawach ruchowych, otrzymanych przez podrażnienie kory mózgowéj; Bujwida: Bakteryjolog. badanie warszawskiego mleka; Matlakowskiego: O bąblowcu sieci z punktu chirurg (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 9: Radziszewskiego: Kilka przyp. amputacyi z zastosow. opatrunków jodoform.; *Odczytów klin.* Nr. 14: Dührssena: O leczeniu krwotoków porodowych (tłumaczenie Dra Kondratowicza). — W *Nowinach Lek.* Nr. 3: Chłapowskiego: Gruźlica bydlęca a rzezactwo żydowskie (c. d.); Koehlera: Zap. ucha środkowego jako choroba następcza w influenzy; Świderskiego: Kilka słów o epidemii grypy w Poznaniu; Zielewicza: Konserwat. leczenie rozległych raków wargi dolnéj.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. B. w B. Otrzymaliśmy i umieścimy.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

L. 128. **OGŁOSZENIE KONKURSU.**

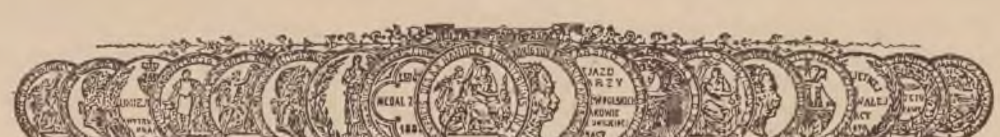
Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiell. ogłasza niniejszem konkurs na 3 stypendya po 120 złr. w. a. z fundacyi ś. p. Józefa Dąbkowskiego.

O dwa z tych stypendyów ubiegać się mogą uczniowie ubodzy Uniwersytetu Jagiell. kończący w tym Uniwersytecie studyja farmaceutyczne i przystępujący do egzaminów, katolicy, Polacy, urodzeni w Krakowie.

O trzecie stypendyum ubiegać się mogą uczniowie ubodzy, kończący w Uniwersytecie Jagiell.: studyja lekarskie i przystępujący do egzaminów, katolicy, Polacy, urodzeni w Krakowie.

Podania zaopatrzone dowodami wnieść należy na ręce Dziekana Wydziału lekarskiego najpóźniej do dnia 15 Kwietnia 1890.

Kraków, dnia 1 Marca 1890. *Prof. Łazarski.*



Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 15 Marca 1890. Nr. 11.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

I. O laryngofisurze na podstawie własnego doświadczenia.

Podług wykładu mianego w Tow. lekarskiem krak. w czerwcu 1889 r., uzupełnione przypadkami późniejszemi.

Podał

prof. Dr. Pieniążek.

Zadziwiać może, że gdy tracheotomija była już znaną i wykonywaną w starożytności, to z laryngofisurą spotykamy się po raz pierwszy dopiero pod koniec 18 stulecia. Łatwo jednakże fakt ten zrozumieć, jeżeli się uwzględni, że wskazania do tracheotomii są dość częste (choć mimo to operacyja ta przez całe wieki średnie zupełnie była zapomnianą), gdy do laryngofisury w czasach przedlaryngoskopijnych wyjątkowo tylko wskazanie przydarzyć się mogło. Takie wyjątkowe wskazanie do téj operacyi stanowić mogły ciała obce, które utkwiły w okolicach głośni, a które za pomocą tracheotomii wydobyć się nie dały. W takim razie rozszerzenie rany tracheotomijnéj ku górze, czyli dołączenie laryngofisury do tracheotomii musiało ułatwiać wydobycie ciała obcego, było więc ściśle wskazanem. Z takiego też powodu wykonał pierwszy Pelletan laryngofisurę w r. 1788. Drugie wskazanie dla téj operacyi zajść mogło przy urazach krtani, skutkiem których jéj chrząstki połamane zostały. Tutaj laryngofisura dozwalałaby reponować dyslokowane odłamki i przez wytamponowanie krtani utrzymać je w należytem położeniu. To jednak tak racyjonalne wskazanie dopiero w czasach laryngoskopii podniesione przez Gurlta zostało. Powstanie nowéj metody badania krtani, t. j. laryngoskopii, wpłynąć dopiero mogło na rozszerzenie wskazań do laryngofisury. Wskazanie takie dawały przedewszystkiem polipy krtani, które już łatwo lusterkiem rozpoznane być mogły. U nas wykonaną została jedna z pierwszych laryngofisur z powodu polipa krtani przez prof. Gilewskiego w r. 1867. Ta sama jednak laryngoskopija, która przez umożliwienie dokładnego rozpoznania rozszerzyła zakres wskazań dla laryngofisury, wytworzyła wkrótce nową rywalkę téj operacyi, t. j. metodę endolaryngealnego usuwania polipów krtani. Mimo to jednak znalazł się obrońca laryngofisury Balassa, który ją przekładał przy polipach krtani nawet nad endolaryngealne zabiegi. Polemika, którą toczył Balassa w tym kierunku ze Störkiem, musiała się skończyć zwycięstwem tego ostatniego, każdy bowiem łatwo pojmie, o ile lżejszym zabiegiem jest operacyja endolaryngealna, niż laryngofisura. Zawsze jednakże wyrobiła sobie laryngofisura ściśle wskazanie w tych przypadkach, gdzie operacyja polipa endolaryngealnie dokonaną być nie mogła, n. p. z powodu wielkiéj drażliwości chorego, a gdzie wielkość polipa przecież wymagała koniecznie jego usunięcia. W dzisiejszych czasach, gdy posiadamy w kokainie tak znakomity środek znieczulający, odpadło i to wskazanie, łatwo bowiem najdrażliwszego chorego do tolerancyi dla endolaryngealnych zabiegów przez kokainę doprowadzić można. Zdawałoby się, że pole dla laryngofisury powinno się było otworzyć w różnych przypadkach zwężeń krtani, które za pomocą endolaryngealnych operacyj usunąć się nie dawały. I tu jednakże wytworzyły jéj silną konkurencyję metody dylatacyjne, obmyślane i wydoskonalone przez Schröttera. Heinowska resekcyja krtani, do któréj laryngofisura akt wstępny stanowi, przyczynić się też mogła do rozszerzenia wskazań dla téj ostatniéj. Nieraz po dokonanéj laryngofisurze okazało się, że rak usadowiony z jednéj tylko strony mógł być całkowicie wyjęty bez naruszenia chrząstek, a więc bez dokonania resekcyi krtani. Dobre wyniki takich zabiegów mogły znów podziałać zachęcająco do próbowania laryngofisury i w innych nowotworach krtani, jeżeli takowe większe trudności dla endolaryngealnych zabiegów przedstawiały. W ogóle jednak powiedzieć można, że fachowi laryngologowie przypuszczają wskazania do laryngofisury tam dopiero, gdzie nie mogą rachować na skutek endolaryngealnéj (ewentualnie dylatacyjnéj) terapii, a to uważając laryngofisurę za zabieg cięższy, mogący przytem łatwo utratę głosu wywołać.

Zanim przystąpię do dokładnego rozbioru tego zapatrywania, zaznaczyć muszę, że laryngofisura nie stanowi operacyi w sobie zamkniętéj, ale jest tylko aktem wstępnym do wykonania innéj, która dopiero ściśle wskazaniu terapeutycznemu odpowiada, jak n. p. wyjęcie ciała obcego, wycięcie

nowotworu itp. Nic więc dziwnego, że tak skuteczność laryngofisury, jak i niebezpieczeństwo jéj towarzyszące, tak od saméj choroby, w któréj ją wykonywamy, jak i od dalszego zabiegu operacyjnego, który po jéj wykonaniu podejmujemy, zależeć będzie. Samą zaś laryngofisurę jako taką na mocy własnego doświadczenia za zabieg zupełnie lekki i łatwy uważać muszę. W ciągu jedenastoletniéj praktyki w Krakowie miałem sposobność wykonać sam laryngofisurę 14 razy, a oprócz tego widziałem ją wykonywaną 7 razy przez innych kolegów u chorych przezemnie badanych, na mocy wspólnéj narady. Te 21 przypadków operowanych z różnych powodów i według różnych metod zestawiam tutaj jako materyjał, na którym mogę oprzeć zapatrywania moje tak co do metod operacyjnych, jak i wskazań do téj operacyi. Dla porównania wspomnę także o podobnych przypadkach, w których używałem innych metod leczenia, a przytem dodam swoje uwagi o niektórych sprawach chorobowych, jakie między temi przypadkami napotykamy, a które przez swą rzadkość lub ważność zasługują na bliższe uwzględnienie. Przeważna część tych przypadków była operowaną w szpitalu św. Łazarza w oddziale chirurgicznym bądź to przez prof. Obalińskiego przy mojéj asystencyi, bądź też przezemnie w jego obecności, a zawsze po wspólnéj naradzie. To też poczuwam się do miłego obowiązku złożenia prof. Obalińskiemu publicznie podziękowania za udzielenie mi powyższego materyjału, równie jak i za jego rady lub uwagi, z jakich przy poszczególnych przypadkach sposobność miałem korzystać.

Pierwszy przypadek, w którym w szpitalu św. Łazarza laryngofisura została wykonaną, dotyczy 30-letniéj wieśniaczki choréj na zwężenie krtani z powodu przerostu błony śluzowéj na bocznych ścianach krtani, po części zaś i na dolnych powierzchniach strun głosowych (t. z. *chorditis vocalis inferior hypertrophica*). Laryngofisurę wykonał prof. Obaliński przy mojéj asystencyi w lecie 1879 r. Ponieważ przypadek ten został opisany pod względem operacyjnym szczegółowo przez prof. Obalińskiego w *Medycynie* 1880, pod względem zaś laryngoskopijnym przezemnie w *Wien. med. Bl.* 1881 r., przeto podaję go tutaj w krótkości dla zestawienia z innemi. Przedtem jednak muszę dodać kilka uwag co do tego cierpienia. Przy przeroście błony śluzowéj na bocznych ścianach krtani jest rzeczą bardzo ważną, o ile części przerosłe mniéj lub więcéj dokładnie od brzegów więzadeł są oddzielone, czyli innemi słowy, o ile one zajmują dolne powierzchnie więzadeł, albo też boczne ściany krtani. Przy zajęciu samych ostatnich spostrzeżemy dwa wałki na obu bokach krtani w światło jéj się wtłaczające, łączące się często przerosłą błoną śluzową pod przednim kątem głośni, lub na tylnéj ścianie krtani, oddzielone jednak wyraźnemi bruzdami od brzegów strun głosowych. Wałki takie w ruchach strun głosowych nie biorą żadnego udziału, nie wpływają też wcale na głos, gdyż oddzielone od nich brzegi strun zupełnie normalne drgania odbywać mogą. Inaczéj rzecz się ma, jeżeli przerost błony śluzowéj na same struny głosowe, a mianowicie ich dolne powierzchnie przechodzi. Wtedy górne części przerosłéj błony śluzowéj towarzyszą ruchom strun, a odciągnięte przez nie przy oddechu na zewnątrz przedstawiają się jak dwie poduszki w światło krtani się wtłaczające, od samych brzegów strun głosowych ku dołowi schodzące; oddzielającéj ją od brzegów strun bruzdy albo wcale nie znać, albo też takowa jest lekko tylko oznaczoną. Łatwo pojąć, że w takich warunkach struny głosowe utracić muszą swą zdolność do drgań prawidłowych. To też im mniéj dokładnie oddzielone są struny głosowe od owych przerosłych części błony śluzowéj na bocznych ścianach krtani, tem więcéj cierpieć musi głos na tem, zupełne zaś zlanie się strun z wspomnianemi wypukłościami zupełną utratę głosu wywoływać będzie. W naszym przypadku brzeg struny głosowéj prawéj był oddzielony wyraźną bruzdą od leżącego poniżéj niéj wałka przerosłéj błony śluzowéj, po lewéj stronie jednak bruzda ta była jedynie w tyle widoczną, z przodu zaś wtłaczający się wałek pod sam brzeg struny głosowéj podchodził. Odpowiednio do tego stanu chora miała głos bardzo silnie zachrypnięty, a przytem bardzo wysoki, oddech zaś znacznie utrudniony: przytem występowały u niéj nocami znacznie silniejsze napady duszności. Zrazu rozpocząłem u choréj systematyczną dylatacyję za pomocą rurek Schröttera z twardego kauczuku i po dniach kilku doszedłem do Nru 3. Téj saméj jednak nocy wystąpił u niéj tak silny atak duszności, że musiano wykonać pospiesznie tracheotomiję. Takowéj dokonał na choréj prawie już asfiktycznéj Dr. Jan Rosner, wówczas sekundaryjusz w szpitalu św. Łazarza. Po wykonaniu tracheotomii miałem pierwotnie zamiar prowadzić systematyczną dylatacyję za pomocą czopków cynowych Schröttera, prof. Obaliński skłonił mnie jednak do laryngofisury z następnem wycięciem przerosłych wałków tak, jak to już poprzednio w dwóch przypadkach t. zw. *chorditis vocalis inferior hypertrophica* wykonał był Szeparowicz. Zgodziłem się tem chętniéj na tę propozycyję, skoro i tak już tracheotomija zrobioną była. Koło tygodnia po dokonaniu tracheotomii przystąpił Obaliński do laryngofisury i wycięcia przerosłych wałków błony śluzowéj. Przy operacyi téj asystowałem mu. Operacyję wykonał prof. Obaliński bez chloroformu, przy ułożeniu choréj poziomem. Zrazu założył kaniulę Trendelenburga, która się okazała jednak niepewną i zajmowała swoją płytą zewnętrzną zbyt wiele miejsca tak, że w końcu założyliśmy po dokonaniu laryngofisury zwykłą wewnętrzną kaniulę, uwiązaną dla pewności na grubéj nitce i włożyliśmy po nad nią kawałek gąbki, któryby od ściekania krwi i śluzu do tchawicy ochraniał. Potem przystąpił do wycięcia przerosłych wałków, którego łatwo dokonać było można, a następnie zeszyto ranę bez tampona z pozostawieniem kaniuli. W trzy tygodnie po dokonaniu laryngofisury opuściła chora szpital bez kaniuli, z zupełnie zagojoną raną tracheotomijną, z oddechem zupełnie lekkim, a głosem daleko lepszym, niż miała przedtem, lubo nie zupełnie prawidłowym. Odpowiednio do tego przedstawiał się obraz laryngoskopijny prawie zupełnie normalnie, jedynie przy oddechu rozchodziły się struny głosowe nie tak szeroko, jak zwykle, zawsze jednak dostatecznie. W trzy miesiące późniéj miałem sposobność widzieć chorą i stwierdzić badaniem stan ten sam. W trzy lata jednak późniéj przybyła ona znów do szpitala z rozległemi naciekami w płucach, oraz z owrzodzeniami w krtani, które po stronie prawéj zajmowały samo więzadło prawdziwe, pod którego brzegiem występowało obrzmienie w postaci szerokiego wałka wtłaczającego się w światło krtani. Tak więc obraz prawéj ściana krtani pod głośnią przypominał, pominąwszy wrzody, stan, jaki dawniéj w tem miejscu skutkiem przerostu błony śluzowéj był wytworzonym, choć sprawa była dziś zupełnie inny niż dawniéj, podobieństwo więc tylko powierzchowne. Strona lewa okazywała się prawidłową, a w szczególności żadnych śladów recydywy przerostu błony śluzowéj nie przedstawiała. Wkrótce zmarła chora z powodu suchot płucnych.

2) Drugi przypadek dotyczy chorego, który poderżnął sobie krtań w celu samobójczym, szczęśliwie jednak wyratowanym został. W gotową ranę założono kaniulę, którą chory czas dłuższy nosił, poczem po nad kaniulą zupełne zarośnięcie krtani nastąpiło. W tym stanie przedstawił się chory w klinice chirurgicznéj prof. Mikulicza na wiosnę 1883 roku. Okazało się, że nosił on stale bezokienkową kaniulę, która niezawodnie, jak to już niejednokrotnie miałem sposobność się przekonać, do zarośnięcia krtani po dłuższem noszeniu przyczyniła się. Nad kaniulą widoczne było sklepienie zupełnie jéj wypukłości odpowiadające, odcinające zupełnie krtań od dolnéj części rury oddechowéj. Zrazu próbowałem za zezwoleniem prof. Mikulicza przebić sklepienie rzeczone galwanokauterem, przekonałem się jednak, że nie jest to jakaś cienka błona, lecz gruba masa bliznowata wypełniająca wnętrze krtani aż do samych więzadeł tak, że nie zdołałem przebicia od razu dokonać. A i po dokonaniu takowego rachowaćbym musiał na potrzebę długiéj systematycznéj dylatacyi czopkami cynowemi Schröttera. Wobec tego zdecydował się prof. Mikulicz do zrobienia laryngofisury z wycięciem części krtań zatykających i wytamponowaniem krtani. Operacyja była ro-

bioną w jesieni 1883 r. w pozycyi leżącéj przy chloroformie, częścią przy kaniuli Trendelenburga, częścią bez niéj. Szczegółów operacyi, rownie jak dalszego przebiegu nie będę opisywał, przypadek to bowiem należący do prof. Mikulicza; pozwolę sobie tylko wspomnieć, że po usunięciu tamponu chory niezgorzéj przy zatkaniu kaniuli oddychał, wkrótce jednak zatykanie kaniuli stało się niemożebnem z powodu odrastania bliznowatéj tkanki na ścianach krtani, która znowu pomimo dylatacyi coraz bardziéj światło krtani ścieśniała.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Kilka uwag o przebiegu influenzy w Krakowie.

(Wykład na posiedzeniu Tow. lek. krak. w d. 19 lutego b. r.).

Podał

Prof. Dr. W. Antoni Gluziński.

(Dokończenie. Patrz Nr. 10).

Mężczyzna lat 40 liczący, który w jesieni r. z. przebył ciężkie zapalenie płuc włóknikowe, był zupełnym ozdrowieńcem, gdy w drugiéj połowie grudnia wraz ze wszystkimi swoimi domownikami zapadł na influenzę. Sprawa u wszystkich przeszła lekko — i on sam po trzechdniowym stanie gorączkowym wśród krytycznego spadku ciepłoty i silnych potów przebył formę czysto nieżytową, pozostało jednak silne osłabienie, objawiające się znacznem przyspieszeniem tętna, bo 130—140 na minutę wynoszącem, a w płucach rozwinął się silny nieżyt oskrzelowy. Osłabienie to wzmogło się jeszcze, a w równéj mierze i moje zdziwienie, gdy chory co 3-ci lub 4-ty dzień nieregularnie dostawał dreszczu, gorączki nawet do 41·5°C. wynoszącéj z charakterystycznym bólem głowy, z zaczerwienieniem spojówek, nieżytem w nosie, która wśród obfitych potów po jednym dniu trwania spadała. Napadów takich było kilka. Cień pacyjenta pozostał, osłabienie doszło do ogromnego stopnia i doprowadziło do zboczeń następowych, o których zaraz wspomnę.

Przypadek ten przecież każdy wśród innych warunków skłonny byłby uważać za postać zimnicy z torem nieregularnym trzeciaczkowym lub czwartaczkowym, są jednak zarzuty, które uwzględniwszy, do innego musimy przyjść przekonania, a mianowicie: obecność epidemii influenzy, zachorowanie równoczesne wszystkich osób w domu wśród jednakowych objawów, typowa forma nieżytowa u pacyjenta, zamieszkiwanie w zdrowéj okolicy miasta naszego, bo na Kleparzu, a zwłaszcza brak zupełnego powiększenia śledziony (powiększenia śledziony wśród przebiegu inflenzy prawie nie widziałem). Do momentów rozpoznawczych zaliczyćbym musiał również wysoki stopień osłabienia, jaki trudno sobie wyobrazić po kilku napadach zimnicy, chory bowiem oprócz wysokiego i słabego tętna wychudł do niepoznania, łaknienie zniknęło zupełnie, w moczu pojawił się ślad białka, głos wytworzył się cichy, chrypliwy, ledwo dla otoczenia zrozumiały (*raucedo vocis*), a przyczyną tego był gęsty, lepki śluz, który pokrywał ściany jamy ustnéj, przełyku i krtani, do tego przyłączyło się pewne zboczenie umysłowe, graniczące z ogłupieniem. W tym stanie, który wytworzył się już po 3 napadach, widzieli pacyjenta wraz ze mną koll. Paszkowski i Pieniążek. Dziś chory jest rekonwalescentem i powoli do sił swoich powraca, a przypady psychiczne w miarę przybywania sił ustąpiły zupełnie.

Potwierdzenia tego spostrzeżenia o występowaniu influenzy w takich napadach nigdzie nie znalazłem i chyba uciec się muszę tylko do wyżéj przytoczonego listu królowéj naszéj Maryi Kazimiry.

O zboczeniu umysłowem wśród przebiegu influenzy w dostępnéj mi literaturze znalazłem tylko wzmiankę u Ewalda, który podaje, że u chłopca 7½ letniego wystąpiła psychoza wśród przebiegu influenzy. Z rzadszych powikłań podnieść muszę, że u dwóch kobiet i jednego mężczyzny wystąpiły silne parcia na mocz, które trwały 2—3 dni, a mocz był bez zmian wybitniejszych. Gotschalk, który podobny przypadek u dziewczyny 18-letniéj widział, z wyjątkiem zaczerwienienia ujścia cewki moczowéj i sromu innych zboczeń w częściach płciowych nie znalazł; podobnie i kol. Mars, który jeden z moich przypadków badał. Również przyspieszenie regularności u kobiet, większe jéj rozmiary, przyjmujące niekiedy formę krwototów po przebytéj influenzy sprawdziłem.

Powikłaniem względnie nie rzadkiem, a obserwowanem dopiero w téj epidemii było zajęcie ucha środkowego (*otitis media*).

Z wysypek najczęstszym był *herpes labialis*, nadto widziałem 3 przypadki pokrzywki (*urticaria*) i *purpura haemorrhagica*, a w 2 przypadkach po przebytéj influenzy pozostał nieznośny świąd skóry.

Przypadku niewątpliwego zarażenia się nie stwierdziłem ani jednego.

Przystępuję obecnie do jednéj z najważniejszych kwestyj, to jest do śmiertelności. Że z chwilą epidemicznego pojawienia się influenzy wszędzie podniósł się odrazu procent śmiertelności, rzecz wiadoma; że influenza miała tu więcéj wpływ pośredni, rzecz nie do zaprzeczenia, przynajmniéj sam nie widziałem ani jednego przypadku śmierci z saméj influenzy. Natomiast głównym powodem śmiertelności wśród epidemii było zapalenie płuc włóknikowe i téj sprawie chciałbym słów kilka poświęcić.

Że wśród przebiegu influenzy, a zwłaszcza w formie nieżytowéj występował rozlany nieżyt oskrzelowy, a w następstwie zapalenie płuc nieżytowe, rzecz znana, i nie dająca powodu do sprzecznych zdań. Punktem spornym to zapalenie płuc włóknikowe, a raczéj stosunek jego do influenzy. Nothnagel w wykładzie swoim twierdzi, że żadnego większego związku niema, że to były dwie epidemije, t. j. influenzy i zapalenia płuc włóknikowego, które przypadkowo zbiegły się razem, a influenza o tyle uprawiała grunt dla zarazka zapalenia płuc, o ile sprowadzała nieżyt oskrzelowy. Obserwacyje jednak kliniczne wśród obecnéj epidemii, a i dawniejsze każą być odmiennego zdania. Jakkolwiek nie możemy na podstawie obecnéj nauki przypuścić, aby nieznany zarazek influenzy wywoływał również zapalenie płuc włóknikowe, i twierdzenie takie byłoby pozornie błędem, to jednak nieda się zaprzeczyć, że istnieje inny związek między influenzą a zapaleniem płuc, aniżeli między zwykłym nieżytem oskrzelowym a zapaleniem płuc. Nothnagel opierał się przy wypowiedzeniu swego zdania na okoliczności, że przed wybuchem influenzy we Wiedniu była już silniejsza epidemija zapalenia płuc, która tylko zwiększyła się podczas panowania influenzy. Spostrzeżenie to z dwóch powodów można zaczepić: raz, że w innych miejscach okoliczności téj nie stwierdzono, u nas w Krakowie n. p. w miesiącu październiku nie było zapaleń płuc więcéj niż zwykle, a gwałtownie pojawiać się poczęły, gdy influenza już nie sporadycznie, lecz epidemicznie poczęła się szerzyć; powtóre, że zapalenia płuc może były częstsze w Wiedniu dla tego, bo już influenza była, chociaż jéj przy znacznym obszarze miasta nie uznawano, podobnie jak mam podstawę twierdzić, że w Krakowie była znacznie wcześniéj nim obfitością przypadków zwróciła naszą uwagę. A chociaż spostrzeżenia Nothnagla dla Wiednia musimy uważać za słuszne, to jest jeszcze tyle szczegółów wynikających ze spostrzeżeń przy łóżku chorego, że każą one być odmiennego zdania. Gdziekolwiek pojawiła się influenza, wszędzie w parze z nią szły niestosunkowo liczne przypadki zapalenia płuc.

Każdy z nas zapewne jest w stanie przytoczyć przypadki, gdzie wprost z influenzy na 2-gi lub 3-ci dzień po przełamaniu rozwijało się zapalenie płuc i przypadki te były niestosunkowo liczne, gdy w innych chorobach zakaźnych, połączonych z większym nieżytem oskrzelowym tego stosunku do zapalenia płuc włóknikowego nie spotykamy. Wreszcie zapalenia te płuc, jakkolwiek niewątpliwie włóknikowe, miały odmienny obraz kliniczny. Podczas pierwszych dni przebiegały zwykle z objawami fizycznemi bardzo niewyraźnemi. Lekkie przytłumienie lub brak takowego, nieliczne drobne rzężenia, jakto bywa wobec wiotkich bardzo nacieków lub zmian w środku płuca, oto obraz dni początkowych, po upływie dopiero których występował wypuk więcéj stłumiony i w jednem lub drugiem miejscu oddech oskrzelowy. Przebieg ciepłoty nieregularny, rzadziéj tor gorączki stałéj (*f. continua*), najczęściéj zwalniającéj (*f. remittens*), a dwa przypadki spostrzegałem z torem gorączki przerywanéj (*f. intermittens*), jakto bywa w zimniczem zapaleniu płuc. Plwocina rzadko przybierała charakterystyczne wejrzenie, najczęściéj była lekko ciągnąca się, różowo tylko zabarwiona lub z prążkami krwi. Początek choroby często bez charakterystycznego dreszczu, trwanie nieraz dłuższe niż zwykle. koniec w pomyślnych zejściach nieraz przez przełamanie (*per crisin*), często *per lysin*, a nigdy tak często nie widziałem tak zwanego pozornego przełamania (*pseudocrisis*), jak wśród obecnéj epidemii. Przebieg choroby bardzo ciężki, procent śmiertelności znaczny, a gdy przypadek pomyślnie się kończył, naciek rozchodził się nadzwyczaj wolno, w niektórych razach tygodnie na to trzeba było czekać. Taki był w krótkości obraz kliniczny zapalenia płuc, obraz odmienny od zwykłego przebiegu, który z nas każdego uderzyć musiał i obudzić myśl, że chyba tu jad influenzy swój wpływ wywiera. A tembardziéj myśl ta ustalać się musi, jeżeli się uwzględni, że ten sam charakter zapalenia płuc stwierdzić można w opisach podanych z innych miejscowości, gdzie influenza panowała, że charakter ten już w roku 1833 uderzył Piorryego w Paryżu i zniewolił go przedłożyć Akademii paryskiéj memoryjał zwracający uwagę na tę różnicę od zwykłego przebiegu zapalenia płuc.

Nie chcąc się zapuszczać długo w teoretyczne rozumowania przypuszczałbym, że albo ten sam zarazek wywołuje i influenzę i zapalenie płuc albo, co wydaje mi się prawdopodobniejsze, że produkty zarazka influenzy (toksyna) użyźniają w ten sposób nasz organizm, że zarazek zapalenia płuc, który jak wiemy i u zdrowego człowieka znajduje się w jamie ustnéj, nosowéj (*diplococcus pneumoniae* Fränkla-Weichselbauma), natrafia na nadzwyczaj przyjazne warunki dla swego rozwoju i mnożenia się, może trochę odmiennego jak w zwykłych warunkach, ztąd i obraz kliniczny jest odmienny.

Już po napisaniu tego artykułu ogłoszone zostały badania bakteryjologiczne, z których szczególnie Weichselbauma (*Int. klin. Rundsch.*, Nr. 6) i Levyego (*Berl. klin. Woch.*, Nr. 7) zwracają moją uwagę, obydwa bowiem wykazują, że tak w plwocinach czystą influenzą dotkniętych, jak w wydzielinie z ucha (*otitis media*), w moczu (Weichselbaum) i t. d. przeważnie znajdowano *Diplococcus pneumoniae* i zwracają uwagę ze stanowiska bakteryjologicznego, że albo on jest przyczyną influenzy albo co naturalniejsze, że rozwija się tylko szybko na glebie przysposobionéj przez nieznany zarazek influenzy, a w każdym razie tłómaczy tak częste powikłanie z zapaleniem płuc. Bakteryjologiczne poszukiwania potwierdzają zatem moje wnioski wysnute z obserwacyi klinicznéj.

III. Z kliniki chirurgicznéj prof. Rydygiera w Krakowie.

O wilku pierwotnym w krtani.

Podał
Dr. Adam Langie,
elew tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 10).

Zaburzeń w oddechaniu z początku cierpienie nie wywywołuje żadnych, wyjątkowo tylko w początkowym okresie powstać może duszność, wywołana większym obrzękiem i przerostem nagłośni. W późniejszych okresach choroby mogą wystąpić wszystkie typowe objawy *stenosis glottidis*, które źródło swe mają w znacznym obrzęku błony śluzowéj krtani, więzów nalewko-nagłośniowych i więzadeł fałszywych, wtedy przyjść może nawet do tak gwałtownéj duszności, że tylko tracheotomija zdoła chorego utrzymać przy życiu, jakto miało miejsce właśnie w naszym, powyżéj opisanym przypadku. Przeciwnie zdarzają się też nieraz przypadki, że ani razu od początku aż do końca nie wystąpi nietylko duszność, ale nawet najmniejsze jakieś zaburzenie w oddechaniu.

Stan ogólny wogóle dobry i długo takim się utrzymuje, co tem bardziéj przyczynia się do odwrócenia uwagi chorego od cierpienia, któremu podlega. Czasem spotyka się ślady *scrophulosis*, zresztą nic ani na skórze ani na błonach śluzowych.

Co się tyczy gruczołów szyjnych, to zdania są podzielone: jedni jak Paul, Landrieux, Lemaistre, Looten, Isabel, Marty twierdzą, że gruczoły albo wcale nie są powiększone, albo bardzo nieznacznie, nader tylko rzadko do większych dochodzą rozmiarów, a zropieniu wcale nie ulegają. W naszym przypadku gruczoły były tylko nieznacznie powiększone.

Najwybitniejsze zmiany widzieć można dopiero za pomocą wziernika krtaniowego. Pod tym względem znachodzimy w literaturze rozmaite opisy przeważnie przypadków wilka następowego, ponieważ jednak zmiany anatomiczne w wilku pierwotnym są zupełnie takie same, przeto z opisów tych możemy sobie wytworzyć dostatecznie dokładny obraz laryngoskopowy cierpienia.

Hebra i Kaposi tak opisują *lupus laryngis*: „wybujałości małogrudkowe, a miejscami przybłonek szaro-sinawo obłożony lub przeczosy powierzchowne, znachodzą się, zwłaszcza na nagłośni. W dalszym przebiegu występują, najczęściéj tamże, wrzody nieregularne, pociągające za sobą trwałe utraty substancyi. I we wnętrzu krtani te same napotykamy zmiany, najczęściéj w ogniskach. Chorobie towarzyszy nieżyt, zgrubienie wałowe bł. śluzowéj i sprowadza blizny, a przez nie zboczenia czynnościowe“. Opis Neumanna nie różni się w niczem od powyższego.

Rosalia Idelson (14) zaś pisze: „w początku występuje znaczne zgrubienie i nacieczenie zbite błony śluzowéj, zajmujące jednostajnie większy obszar. Następnie wytwarzają się na bł. śluzowéj jużto większe, już też mniejsze okrągławe guzy i garby, wybujałości brodawkowe, uklejowe, guzikowe lub bardziéj stożkowe. Wreszcie poszczególne części bł. śluzowéj lub guzów rozpadają się, tworzą się blizny, które znaczne zniekształcenie krtani wywołać mogą“.

Wogóle objawy wziernikowe zebrać można w następujące cztery charakterystyczne: 1) na pierwszy rzut oka uderza, na co kładzie nacisk Marty (l. c.), ogólna bladość błony śluzowéj krtani, która ma kolor pośredni między czerwonym

a popielatym, szczególniéj w późniejszym okresie choroby, gdyż w początkach można widzieć owszem większe zaczerwienienie i przekrwienie, które jednak Marty uważa za przemijające, ustępujące późniéj miejsca téj bladości. I Chiari i Riehl (6) zwracają na objaw ten uwagę.

2) Obrzęk i naciek w błonie śluzowéj i tkance podśluzowéj, naciek czasem więcéj rozlany, jednostajny, przyczem błona śluzowa pozostaje gładką; częściéj jednak spotykamy mniéj lub więcéj wystające wyrośle brodawkowate lub guzkowate, wielkości zazwyczaj ziarna prosa lub konopi, rzadziéj większe polipowate, jużto pojedynczo rozsiane, jużteż zebrane w grupy, pokryte białawym lub biało szarym zgrubiałym i łuszczącym się przybłonkiem albo pozbawione tegoż, czerwone, żywo i łatwo krwawiące. Nadają one błonie śluzowéj wejrzenie nierówne, pagórkowate, gdy są drobne, ziarniste.

Niektórzy autorowie, Robin we Francyi i Rindfleisch w Niemczech, uważają wyrośle te za sprawę nowotworową, biorącą swój początek z gruczołów błony śluzowéj. Inni, i to większość, jak Vulpian, Charcot, Ziemssen, Friedlaender, Doutrelepont, Unna przyłączają się do zdania Virchowa, według którego guzki wilkowe składają się z tkanki granulacyjnéj, miękkiéj, unaczynionéj, w któréj obok komórek okrągłych spotyka się też i komórki olbrzymie, a cały proces jest proliferacyją tkanki łącznéj, który kończy się owrzodzeniami, niszczącemi partyje sąsiednie i z tych owrzodzeń powstają potem blizny, mało odporne i mało posiadające żywotności, co właśnie jest przyczyną, że choroba często na nowo wśród nich wybucha.

3) Owrzodzenia, powstające zwykle po dłuższym przeciągu czasu, po miesiącach lub latach. Wrzody te rozmaitéj głębokości, zwykle płytkie, najczęściéj nieregularne, dość ściśle ograniczone, o brzegach miękkich, nie naciekłych, zwolna w dno przechodzących, otoczonych nieraz brodawkowatemi wybujałościami, o dnie czerwonem, łatwo krwawiącem, szarawemi lub żółtawemi wybujałościami pokrytem, lub gładkiem powleczonem cieniutką warstwą żółtawéj wydzieliny, do żywicy podobnéj. Wrzody te, jak całe cierpienie, nie bolesne wcale, są zazwyczaj nieliczne, w niektórych jednak przypadkach tak rozległe i liczne, iż niektórzy odróżniają osobną formę: *lupus ulcerosus laryngis*. Wrzody te mogą się zagoić przez wytworzenie zdrowéj ziarniny, jednak, i to jest bardzo charakterystycznem, następuje to powoli i często nowemi wybuchami choroby przerwane i opóźnione zostaje.

4) Blizny, zazwyczaj drobne, białawe, połyskujące, czasem nawet rozległe, wogóle do syfilitycznych podobne.

To są 4 charakterystyczne objawy, zarazem fazy rozwoju wilka w krtani, a najcharakterystyczniejszem jest, iż czasem równocześnie spotkać można wszystkie te 4 fazy rozwoju obok siebie. Nadmienić jednak wypada, iż często towarzyszący nieżyt, tworzące się małe ropnie, pęknięcia szczelinowate obrzękłéj błony śluzowéj lub znaczniejszy obrzęk téjże zmieniają obraz kliniczny niekiedy nie do poznania. Zmiany powyższe z upodobaniem lokalizują się na nagłośni, która często sama tylko bywa ich siedzibą, daléj na więzach nalewko-nagłośniowych, na błonie śluzowéj, pokrywającéj chrząstki nalewkowe, rzadziéj na więzadłach fałszywych, a najrzadziéj na więzadłach prawdziwych i poniżéj tychże.

Przejdźmy teraz poszczególne części składowe.

Nagłośnia najczęściéj, prawie stale bywa siedliskiem zmian, co jest bardzo ważnem pod względem rozpoznawczym. W 80-ciu przypadkach wilka następowego, zebranych w dziele Marty'ego nagłośnia była 68 razy zajętą (85%), a w 38-iu przypadkach opisanych przez Chiariego 35 razy (przeszło 92%). Nagłośnia przedstawia wtedy zazwyczaj większą objętość, wywołaną obrzękiem i przerostem, niekiedy do tego stopnia, iż nie dozwala dojrzeć wnętrza krtani, jest blada, niedokrewna, brzegi jéj zgrubiałe, nieraz powygryzane, wystrzępione, kształtu jest czasem jajowatego mocno wydłużona, czasem skutkiem skrzywienia, zagięcia lub podwinięcia brzegów zmieniona do niepoznania w postronek lub wał obrzękły, czasem w niekształtny kikut o powierzchni ziarnistéj: powierzchnia jéj jużto gładka już wyroślami drobnemi, białawéj lub czerwonawéj barwy pokryta, niekiedy znaczny ubytek przedstawiająca; widziano przypadki, gdzie połowa lub dwie trzecie nagłośni były zupełnie zniszczone. Nadto jest ona zwykle twardsza, więcéj oporna przy dotyku, traci swą elastyczność, mniéj ruchoma, czasem zupełnie unieruchomiona. W późniejszym okresie spotykamy się z owrzodzeniami lub bliznami, które są białe, błyszczące, pozaciągane, zapadnięte lekko. W niektórych przypadkach cała nagłośnia jest zbliznowaciała, w innych znów prawie normalna, tylko miejscami spotykamy na niéj blizny po wygojonych owrzodzeniach.

Podobne zmiany, mianowicie tę bladość, stwardnienie, obrzęk, wyrośle i owrzodzenia lub blizny spotykamy też na fałdach nalewko-nagłośniowych, na więzadłach fałszywych i na błonie śluzowéj wnętrze krtani wyściełającéj.

Więzadła głosowe dolne rzadziéj bywają dotknięte cierpieniem, dlatego to głos bywa często przez cały przebieg choroby niezmienionym, nieraz z powodu obrzęku błony śluzowéj górnych części krtani, zwłaszcza więzadeł fałszywych, struny głosowe zupełnie stają się niewidoczne.

W 38 przypadkach cytowanych już Chiariego struny głosowe były 18 razy zajęte (47·3%). W każdym jednak razie pewnem jest, iż zmiany na więzadłach prawdziwych powstają dopiero w późniejszych okresach choroby i wtedy to występują zaburzenia w głosie. Zmiany te są różne: począwszy od zaczerwienienia i nastrzykania aż do wyrośli brodawkowatych lub polipowatych i nadżerek lub owrzodzeń. Dodać trzeba, iż zauważono w niektórych przypadkach upośledzenie ruchomości więzadeł i to częściéj niedowład niż całkowite porażenie jednego lub obu.

Wnętrze krtani pokryte jest zazwyczaj skąpą ilością wydzieliny śluzowéj, która w późniejszych okresach przybiera cechę śluzowo-ropnéj, a przy rozległych owrzodzeniach nawet ropnéj, lecz zawsze znajduje się w niewielkiéj ilości.

Jako komplikacyje, które nie są zbyt liczne, wymienić musimy:

a) gruźlicę płuc, często spotykaną u chorych na *lupus*, gdziekolwiek on ma swoją siedzibę[1]), a która wystąpić może w rozmaitych okresach choroby: raz wcześniéj, raz późniéj, nawet po kilku lub kilkunastu latach. Zdarza się też u takich chorych gruźlica błon surowiczych, gruczołów, stawów i kości.

b) *Perichondritis* i *Chondritis* chrząstek krtaniowych, tak często spotykane we *Phthisis laryngis*, bardzo rzadko tutaj występuje; Chiari nigdy nie widział a Kaposi zaledwie w kilku przypadkach, jeszcze najczęściéj stosunkowo zdarza się to na nagłośni.

[1]) Porównaj: H. Leloir: *Communication au congrès de Copenhague* w *Annales de dermat.* 1884 oraz: *Recherches nouvelles sur les relations, qui existent entre le lupus vulgaire et la tuberculose*, w *Annales de dermat.* 1886.

c) Niebezpieczną, choć na szczęście rzadką, komplikacyją jest, częstsze w innych cierpieniach, *Oedema glottidis*.

d) Najczęściej jeszcze towarzyszy chorobie nieżyt błony śluzowej krtani.

Przebieg cierpienia jest chroniczny, bardzo powolny, bezgorączkowy; choroba rozpoczyna się skrycie, nie zapowiadając się niczem i wlecze się całe lata. Wyleczenie samoistne nastąpić może, ale nie rzadko w wytworzonej już bliźnie choroba na nowo wybucha. (Dok. nast.).

IV. Orzeczenia sądowo-lekarskie Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Seryja druga.

XVIII.

Śmierć naturalna, czy z uduszenia.

Podał

Prof. Dr. Blumenstok.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 7).

Sędzia śledczy otrzymawszy akta te przedłożył je, a zwłaszcza dochodzenie sądowo-lekarskie, dwom lekarzom sądowym lwowskim, a mianowicie prof. Feiglowi i Drowi Lukasowi i zawezwał ich do wydania pewnego orzeczenia z uwzględnieniem wszystkich okoliczności dotąd znanych. Orzeczenie ich wydane 14 czerwca 1889 r. opiewało jak następuje:

1) Przedewszystkiem nie mogą znawcy podpisani zgodzić się z przekonaniem p. p. obducentów, jakoby śmierć nastąpiła w sposób naturalny wskutek zatrucia krwi składnikami moczu, z tak zw. mocznicy (*Uraemia*). Po pierwsze bowiem następuje choroba ta u osób dotkniętych ostatnim okresem ciężkiego zapalenia nerek Brighta, w tak zw. okresie zaniku nerek ziarnistego i stwardnienia (*Atrophia granulosa, sclerosis renum*). Nerki są wtedy do połowy swej zwykłej objętości zmniejszone, mocno twarde, zbite; torebka ich jest mocno zgrubiała, powierzchnia nerek grudkowato-nierówna, w miejscach wypukłych żółtawa, w pozapadanych czerwonawa, na przekroju istota korowa mocno zwężona i mocno zbita, obraz, którego u Tekli T. przy obdukcyi nie znaleziono. Opisany obraz nerek odpowiada bowiem raczej zwykłemu zanikowi nerek niezapalnemu, z mocnem stłuszczeniem miąższu i z lekkiem wybujaniem tkanki łącznej, jaki napotyka się zazwyczaj u osób nadużywających napojów wyskokowych, otyłych lub obok innych zmian (n. p. zapalnych) w ustroju i t. p. Stan taki nerek nie zwykł jednak powodować mocznicy i napotyka się bardzo często przy obdukcyi rozmaitych osób, zmarłych z powodu rozmaitych chorób. Powtóre występuje mocznica dopiero po długotrwałym przebiegu zapalenia nerek, które w pewnych okresach objawia się bądź to wodną puchliną, bądź ciężkim nieżytem żołądkowo-kiszkowym, z wymiotami lub rozwolnieniem, bądź też komplikacyjami ze strony serca (bicie serca, sinica); wskutek długotrwałej utraty białka z moczem zaś chorzy tacy są pospolicie bardzo niedokrewni, bladzi, charłaczni, podczas gdy zwłoki Tekli T. opisane są jako dobrze odżywione, zamiast niedokrewności napotkano wszędzie w ustroju przekrwienia, a za życia nie wiadomo również, ażeby kiedy tak ciężko chorowała. Następnie polegają przypady mocznicy pospolicie na wymiotach, śpiączce, wreszcie na gwałtownych kurczach drgawkowych, następnie często na porażeniach, który to obraz w całości może trwać i kilka, lecz zazwyczaj trwa godzin kilkanaście, cały dzień lub też kilka dni, podczas gdy Teklę T. widziano 14/9 w godzinie 4-tej wieczór zupełnie zdrową, rano zaś 15/9 znaleziono już nieżywą; oględziny miejsca i ułożenie zwłok zaś wykluczają przypuszczenie, ażeby Tekla T. miała wymioty (brak bowiem wymiocin i żołądek z treścią pokarmową), lub też kurcze drgawkowe; wreszcie przy obdukcyi zwlok zmarłych na mocznicę napotykamy zwykle opony mózgowe i mózg mocno blade i surowiczo obrzękłe, płuca blade, zbrzęknięte, serce (jak zwykle przy zaniku nerek) przerosłe, zbite i śródsierdzie często zgrubiałe. Wątroba i śledziona są często twarde, zbite, niedokrewne, nerki zanikłe, podczas gdy u Tekli T. mózg w istocie korowej i sploty naczyniowe były przekrwione, podobnie jak płuca, serce nie przerosłe, tylko rozszerzone i mocno stłuszczone; wątroba i nerki stłuszczone i przekrwione. Brakuje więc zdaniem znawców wszelkich podstaw tak w historyi życia, jak w protokóle obdukcyi, ażeby u Tekli T. trzeba lub można rozpoznać śmierć z mocznicy. Okoliczność, iż w pęcherzu znaleziono tylko skąpą ilość moczu mętnego, daje się łatwo tem wytłomaczyć, iż wypróżniła ona przed udaniem się na spoczynek pęcherz, a w zwłokach często urynę zastajemy w pęcherzu mętną. Również nie odpowiada obraz opisany nerek ostremu zapaleniu nerek, które zdarza się w ostrych zakaźnych chorobach itp. i które może powodować mocznicę. Innej anatomicznie dowieść się dającej przyczyny śmierci obdukcyja również u Tekli T. nie wykazała i w tem podpisani znawcy zgadzają się z p. p. obducentami.

Natomiast wszystkie szczegóły przemawiają bardzo silnie za tem, że śmierć Tekli T. nastąpiła w sposób gwałtowny, a to wskutek uduszenia. Przemawiają za tem znalezione u zwłok siność i obrzęk twarzy; wszędzie w zwłokach napotkana krew ciemna, płynna, bez śladu skrzepów; przekrwienie powłok czaszki, istoty korowej mózgu i splotów naczyniowych komór mózgowych; przekrwienie i obrzęk ostry płuc; obecność w sercu krwi płynnej i ciemnej; mocne przekrwienie nerek i mierne wątroby, a wreszcie wybroczynki napotkane w żołądku, obok braku wszelkiej innej przyczyny, którąby śmierć nagłą Tekli T. mogła wytłomaczyć. Uduszenie to mogło nastąpić wśród snu, tak że ofiara bronić się wcale nie mogła, zwłaszcza jeżeli sprawca zatkał jej grubą chustką otwory ust i nosa lub też ścisnął na szyi chustkę, którą mogła mieć głowę i szyję zawiniętą. W takim razie mogła czynność taka nie pozostawić po sobie żadnych śladów charakterystycznych.

Nawet opisane rany na szyi, które jakto p. p. obducenci w orzeczeniu podają, miały powstać za życia, (czego z opisu protokólarnego wywnioskować nie można), sprzeciwiają się już swoim kierunkiem przyjęciu samobójstwa, obok tego, iż samobójca, chcąc się pozbawić życia, byłby po tych dwóch bezużytecznych cięciach ponawiał inne próby samobójstwa, czego jednak T. nie uczyniła, wreszcie dlatego, że nie znaleziono obok zwłok żadnego narzędzia samobójczego, któremby denatka zadać sobie mogła opisane rany; natomiast wytłomaczyć one się dają w ten sposób, iż sprawca po uduszeniu ofiary rozcinał szal lub chustkę na szyi jej, ażeby zatrzeć ślady duszenia i przytem zaciął i skórę szyi lub też tem, że sprawca po uduszeniu ofiary przecinał sznurek jaki wiszący na szyi, n. p. sznurek od torbeczki z pieniądzmi, zawieszonemi na szyi, sznurek z koralami itp. i przytem rozciął i skórę; jedynie bowiem w ten sposób wytłomaczyć można płytkość i kierunek ran opisanych na szyi. Że rany były zatkane watą, mogło to pochodzić również od sprawcy, który w ten sposób mógł się starać zatrzeć ślady zrobionych zranień, ażeby na pierwszy rzut nie wpadły w oczy.

Stan nerek, serca i mózgu naprowadzają nadto na wnio-

sek, że Tekla T. często nadużywała napojów wyskokowych, mogła więc i ostatniéj nocy być w stanie nietrzeźwym.

Otrucia ostrego n. p. kwasem pruskim, sinkiem potasu itp. również obdukcyja nie wykazała.

Na otrucie zaś ciałem mineralnem nie naprowadza również obraz obdukcyi.

Na zapytanie odnośne Sędziego śledczego, czy obdukcyja ponowna mogłaby rzecz wyjaśnić, odpowiedzieli p. p., znawcy, że obecnie (po 9 miesiącach) obdukcyja ponowna jest zanadto spóźnioną i nie obiecuje wyniku dodatniego.

Wskutek tego orzeczenia Sędzia śledczy udał się do B., zabrawszy ze sobą obwinionego S.; tamże przesłuchał ponownie świadków i oglądał miejscowość, a przedewszystkiem szopę budnika F. Tak ostatni jakoteż żona i córka jego, paker i restauratorka na kolei poznali w osobie obwinionego S. owego mężczyznę, który we wrześniu r. z. spacerował na dworcu z kobietą obcą i do nich zawitał z nią; wszystkie te osoby powtarzają zarazem, że w trupie, znalezionym w szopie, poznały kobietę, towarzyszkę jego; żadna zaś z osób, które widziały trupa, ani żandarm, ani wreszcie sędzia w B. nie wspominają, jakoby na szyi zmarłéj widzieli watą zatkane rany, lub gdziekolwiek na ciele lub obok niego krew płynną lub skrzepłą. Ponieważ jednak w ciągu śledztwa dowiedziano się, że zmarła miała mieć brodawkę (pieprzyk) na szyi, oraz, że raz miała żebro po stronie lewéj uszkodzone, a o tem w protokóle sekcyi nie było wzmianki, więc Sędzia śledczy dla usunięcia wszelkiéj wątpliwości co do identyczności owego trupa z osobą Tekli T., postanowił zarządzić ekshumacyję zwłok i ponowne ich oględziny.

Takowe uskutecznione zostały d. 26 lipca 1889 r. przez Drów C. i D., a protokół ich opiewa jak następuje:

Oględziny zewnętrzne. 1) Po odkopaniu grobu wydobyto trumnę średniéj wielkości o wieku płaskiem. 2) Po odsłonięciu wieka okazują się zwłoki ludzkie w 3-cim stopniu zgniliżny. Długość zwłok 165 cm.; zwłoki ubrane są w suknie żeńskie. Twarz i głowa z wyjątkiem części jéj sklepieniowéj pokryte są chustką wełnianą w paski białe i czarne, brzegi chustki téj opatrzone są frendzlą. Z pomiędzy podudzi między łydkami widać szmatę jakąś czerwoną, na zewnątrz nogi lewéj w téj saméj wysokości widoczny mniejszy płat téjże saméj szmaty. 3) Spodnica sięga na odnodze prawéj do połowy wysokości łydki, na nodze lewej do $^1/_3$ téjże. 4) Obok głowy po stronie lewéj w rogu trumny znachodzi się szklanka dosyć gruba, okrągła w dole węższa, u góry szersza, wypełniona do $^3/_4$ płynem mętnym szaro-żółtym, na dnie szklanki widać osad na 1 cntm. wysoki, jednakowo szaro zabarwiony. Po odlaniu treści płynnéj do osobnego garnka przedstawia sam pozostały osad szaro-brudno cielistą bryję; na powierzchni téj bryi pływają małe chrząsteczki, stałych części żadnych osad ten nie przedstawia. 5) Na przedniéj części ciała widzimy obydwie kończyny górne ukośnie ułożone, prawie równolegle do siebie. Pomiędzy obydwoma przedramionami znachodzi się jednostajna żółto-szaro zabarwiona masa bryjowata. Przedramiona widoczne z pod odzieży przedstawiają się, a mianowicie: przedramię lewe szersze, aniżeli w stanie prawidłowym, żółto-bronzowo zabarwione, do wosku podobne. Przedramię prawe jest więcéj ziemisto-szare, przedramię to jest węższe, od spodu gnijącemi częściami miękkiemi opadającemi pokryte. 6) Kończyny dolne wystające z pod sukni pokryte są mułem ziemistym, grzbiet nogi prawéj jakoteż palce i część podeszwy na obydwóch kończynach są białą pleśnią pokryte, na podeszwach widzimy zgrubiały przyskórek odstający. 7) Odsłonięto twarz i głowę. Przy rozwarciu rąk, przedramię prawe rozlatuje się a raczéj rozłazi się w stawie nadgarstkowym, mięśnie zaś przedstawiają jednostajną masę rozłażącą się, gliniastą. 8) Po zdjęciu sukni, która leżała na zwłokach spostrzega się na nodze prawéj poniżéj kolana szmatę w paski fioletowe i czarne, na 15 cm. szeroką, która po przecięciu i zdjęciu przedstawia się jako odcięty kawałek pończochy. 9) Obnażone zwłoki, których części miękkie przedstawiają masę żółtawo-gliniastą rozłażącą się, okazują następujący obraz: 10) Głowa w całości przedstawia się pozapadaną, pokrytą rozłażącą się skórą i mięśniami, oczodoły pozapadane przedstawiają jamy żółtawą masą wypełnione, jama ust otwarta, w szczęce górnéj i dolnéj widoczne zęby, w szczęce górnéj rzadko osadzone, odstępy pomiędzy zębami przedniemi w szczęce górnéj wynoszą 2—3 mm., zęby dobrze zachowane, zdrowe; w szczęce górnéj po stronie lewéj brak pierwszego zęba trzonowego i zęba mądrości, po stronie prawéj drugiego zęba trzonowego; w szczęce dolnéj po stronie prawéj brak pierwszego zęba trzonowego, jakoteż zęba mądrości, to samo po stronie lewéj. Na czaszcze włosy ciemno-blond rzadkie, długie, włosy z łatwością wychodzą. Na szyi prócz rozłażącéj się masy gnilnéj z części miękkich nic dostrzedz nie można. 11) Klatka piersiowa, mostek, jakoteż kości mostkowe żeber obnażone, mostek leży wciśnięty w klatkę piersiową po przecięciu poprzedniem przy sekcyi. Po zdjęciu mostka widać bezkształtną masę rozłażącą się gliniasto-woskowato zabarwioną, pochodzącą z części miękkich, na których jednakowoż pojedynczych organów rozpoznać nie można. Po usunięciu masy téj na bok widać kręgosłup obnażony. 12) To samo tyczy się jamy brzusznéj, jakoteż miednicy, z żołądka wątroby i kiszek ani śladu do rozpoznania. 13) Wzgórek łonowy pokryty włosem ciemno blond, kędzierżawym, łatwo wychodzącym, szpara sromowa widoczna, wargi większe toż samo dokładnie rozeznać się dające. 14) Kończyny górne i dolne pokryte tożsamo częściami miękkiemi gliniasto-woskowo zabarwionemi, rozłażącemi się. 15) Pokrywa czaszki przepiłowana naokoło; w jamie czaszki jednostajna masa brejowata pleśnią pokryta, w jamie ust prócz wyżéj pomienionych zmian nic szczególnego. 16) Z połyku, tchawicy i krtani śladu nie ma, w jamie piersiowéj i jamie brzusznéj żadnych poszczególnych organów rozpoznać nie można. 17) Na polecenie p. sędziego śledczego, jakoteż p. prokuratora, przystąpiono do bliższego zbadania żeber. 18) Żebra zbadać można było dopiero po wyjęciu ich. Po dokładnem oczyszczeniu znaleziono wszystkie żebra z wyjątkiem 8-go lewego prawidłowe. 19) Na żebrze ósmem lewem spostrzegamy w miejscu przejścia pierwszéj części trzeciéj do części średniéj zgrubienie przedniéj trzeciéj; tuż przed zgrubieniem okazuje się brzeg dolny żebra półksiężycowo wygięty, ograniczony z obydwu stron brzegami ostremi. Część odpowiadająca wyżłóbieniu półksiężycowemu jest o pół centm. węższą aniżeli trzecia część przednia. Na powierzchni przedniéj, na 12 mm. od brzegu chrząstkowego żebra, ciągnie się równolegle do dolnego brzegu żebra zagłębienie na 5 mm. szerokie a 3 cntm. długie; zagłębienie to przedstawia podstawy jakoteż brzegi nie równe, kość w tem miejscu jest przeświecającą.

PP. obducenci wydali następujące

Orzeczenie: 1) Zwłoki należą do kobiety, która wzrost swój ukończyła, nie doszła jednak starości, jak o tem kościec świadczy.

2) Przyczyny śmierci z powodu znacznego stopnia zgnilizny (3 stopnia) obecnie oznaczyć nie możemy.

3) Ponowna sekcyja zwłok wykazała, że ósme żebro lewe doznało za życia obrażenia, które odnieść należy albo do przebytego złamania lub innéj sprawy zapalnéj; sądząc z utraty istoty kostnéj odłamki kości mogły odchodzić.

4) Jakość morfologiczna, jakoteż chemiczna płynu w szklance się znajdującego nie daje się na oko oznaczyć, dla oznaczenia téjże należałoby zbadać treśc tak pod względem chemicznym jakoteż mikroskopowym, co wobec protokółu, jakoteż braku naukowego wszelkich poszlaków w 1-ym protokóle sekcyjnym do pożądanego celu nie doprowadziłoby; z tego względu uważamy badanie to za zbyteczne.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Oceny i sprawozdania.

H. Hager: **Mikroskop i jego użycie**; według 7-go wydania tłom. przez J. W. Radwańskiego, Mra farmacyi, z 322 drzeworytami. Kraków 1890, in 8-vo, str. 227.

Dziełko niemieckie Hagera, zasłużonego autora licznych pism farmaceutycznych, jest powszechnie znane, a doznało ono w Niemczech uznania, skoro od r. 1866 do 1885 doczekało się 7-iu wydań. Autor przeznaczył dziełko to wię-

céj dla użytku w życiu codziennem i w gospodarstwie i sam doradza przyrodnikom innych dzieł, bardziéj naukowych; głównie więc miał na oku zapoznanie początkujących z budową mikroskopu, z badaniem artykułów spożywczych i potraw, szczególniéj korzeni i środków służących do ich fałszowania; dopiero w ostatniem wydaniu uwzględnił badania hygijeniczne, odnoszące się do grzybków. W tym zakresie szczuplejszym, jako traktowane zwłaszcza w sposób przystępny dla początkujących, dziełko Hagera ma niezawodnie pewną wartość. Jeżeli autor sam wskazuje przyrodnikom inne źródła, to ze swéj strony musimy na samym wstępie położyć nacisk na to, że dla lekarza wcale się nie nadaje i wolelibyśmy, aby autor farmaceuta rzeczy lekarskich wcale się nie był dotknął, bo dziełko jego z pewnością byłoby na tem zyskało. Nie będąc bowiem lekarzem musiał autor zapożyczyć się u lekarzy i polegać na cudzem zdaniu, ilekroć porusza kwestyję w zakres lekarski wchodzącą. Tak n. p. rozdział o włosach jest opracowany całkiem według Dra Pfaffa i obfituje w te same błędy, których ten ostatni się dopuścił; nawet ów prawdziwy wąż morski, kołtun, jeszcze figuruje w książce w r. 1890 wydanéj, jako „właściwy okolicom nad Wisłą w Polsce,“ objaśniony nadto ryciną dla dodania wiary.

Czy tłomaczenie tego dziełka było na czasie? Bylibyśmy wprawdzie woleli, gdyby tłumacz był się radził lekarza, któryby był wyrugował rzeczy niepotrzebne, lub poprawił błędne, ale mimo to sądzimy, że książka nie będzie całkiem bezpożyteczną, głównie dla agronomów, gospodarzy i każdego człowieka wykształconego, który nie będąc przyrodnikiem lub lekarzem chce zapoznać się choć z grubsza z mikroskopem i jego użyciem i z rozległem znaczeniem tego przyrządu.

Tłomaczenie w ogóle wypadło wcale dobrze; przyznajemy, że wypadło nawet lepiéj, aniżeli się obawialiśmy; tem większa szkoda, że się przecie napotyka niektóre zwroty rażące; jak n. p. będzie wspomnianem przy badaniach mięsa (str. 8), pod kątem otworu rozumie się kąt (str. 12), dawszy więc do wyboru dwa mikroskopy, to pierwszy bardzo prędko odstawią na bok (str. 58), kto przyszedł do posiadania mikroskopu (str. 60), przykłada się szkiełkiem (str. 61), możliwie cienki (str. 63), zamienienie ich z ciałkami (str. 199), albo wyrazy „z moszny“ zam. z moszen, „chodowla“ zam. hodowla, „trzewiowa“ zam. trzewowa. Niesłusznie tłomacz utyskuje na brak w naszym języku wielu nazw naukowych; że on ich nie zna, nie idzie za tem, aby ich nie było, ale niekoniecznie mu jesteśmy wdzięczni za tworzenie ze swéj strony wyrazów nowych, jak „pasożytować“, „żywocić, żywocenie.“

W każdym razie uznania jest godnem, że p. Radwański nie szczędził czasu i trudu, aby wykonać rzecz użyteczną, a jeżeli jeszcze dodamy, że papier, druk i ryciny są piękne, prawie okazałe, to nie dopuścimy się przesady, jeżeli powiemy, że szan. tłomacz oddał usługę piśmiennictwu naszemu.

L. B.

M. Hay: **Die Kuhpockenimpfung in Deutschland, Holland, Belgien und Oesterreich.** Wien, M. Perles, 1890, in 8-vo Str. 97.

Autor dziełka pod powyższym tytułem, znany kierownik pierwszorzędnego zakładu krowiankowego we Wiedniu, zestawia spostrzeżenia czynione wśród podróży odbytych w Niemczech, Holandyi, Belgii i porównywa stosunki produkcyi krowianki i rezultaty osiągnięte przez szczepienia ze stosunkami w naszem państwie. Nie pierwszy to już raz zabiera H. głos w téj sprawie, poprzednio ogłaszane rozprawy jego przekonały dostatecznie, że H. należy do gruntownych znawców kwestyi w mowie będącéj, rezultaty zaś osiągane przy stosowaniu krowianki z jego zakładu dowiodły, że obok teoryi istnieje u niego taki zasób doświadczenia praktycznego, jakim nie wielu kierowników podobnych zakładów w państwie poszczycić się może.

Autor położył sobie za zadanie zbadać naocznie sposoby otrzymywania krowianki w Holandyi i Belgii, które porównywa ze sposobem powszechnie w Niemczech używanym. Wiadomo bowiem, że w pierwszych dwu krajach, gdzie nie istnieje przymus bezpośredni tak samo jak u nas, odbywają się szczepienia za pomocą krowianki rzeczywistéj (*Cow pox*), w Niemczech zaś, gdzie przymus bezpośredni istnieje od roku 1874, dopuszcza ustawa używanie tak zw. retrowakcynacyi. Według spostrzeżeń niemieckich wygasa siła krowianki rzeczywistéj w pokoleniach następnych, a Hay twierdzi, że wygasanie to nastaje wskutek szczepienia rozległych przestrzeni (*Flaechenimpfung*) praktykowanego w zakładach niemieckich, W Holandyi i Belgii wywoływa się u zwierząt tylko odosobnione pustuły, za tem idzie naturalnie mniejsza obfitość płonu i odmienny sposób zbierania, limfa jednak nie ulega zwyrodnieniu nawet w odległych pokoleniach. Zdaniem autora stanowi retrowakcynacyja tylko pewną odmianę szczepienia z ramienia na ramię i nie daje takiéj pewności w zapobieganiu powiklaniom jak szczepienie krowianką rzeczywistą (*Cow pox*).

Spostrzeżenia z zakładów berlińskich (Schultza i Pissina) drezdeńskiego, hamburgskiego i innych niemieckich i zakładów w Hadze, Harlemie, Roterdamie, Amsterdamie, Utrechcie i Brukseli zawierają nietylko szczegółowe opisy przyrządów i sposobów postępowania, lecz przedstawiają dokładnie koszta utrzymania zakładów, koszta i ilości limfy uzyskanéj, a nadto rezultaty osiągnięte przy szczepieniach. W osobnym artykule zestawia autor w krótkim zarysie dzieje szczepienia i zakładów krowiankowych w Austryi, reasumuje poglądy nabyte na podstawie swéj naukowéj wycieczki, w końcu zaś zestawia daty z własnego zakładu wiedeńskiego z ostatnich lat dziesięciu, wspominając tylko mimochodem o działalności swéj w tym kierunku w kraju naszym od roku 1873 do 1877.

Jakkolwiek dziełko niniejsze największe zainteresowanie wzbudzi zapewne w kierownikach zakładów krowiankowych, to bezwątpienia nikt z lekarzy, który je uważnie przeczyta nie pożałuje trudu, dla niejednego znajdą się tam szczegóły mniéj znane, a odnoszące się do przedmiotu o doniosłem znaczeniu i przyczynią się do rozszerzenia ogólnolekarskiego wykształcenia. *Dr. Schaitter.*

Choroby wewnętrzne.

Pavy (Londyn): **O rokowaniu w białkomoczu ze szczególnem uwzględnieniem zabezpieczenia na życie.**

Towarzystwa zabezpieczające kładą teraz wielką wagę na systematyczne badanie moczu osób, pragnących zabezpieczyć życie i zwykle odrzucają towarzystwa ich podanie, jeżeli w moczu znajduje się białko. Częstość jednak, z jaką obecnie uskuteczniа się rozbiory moczu, pouczyła, że w moczu znajdować się może białko mimo, że zdrowie nie jest nadwerężone i dla tego jest obowiązkiem lekarzy badać, czy obecność białka rzeczywiście stanowić musi przeszkodę w zabezpieczaniu życia. Białkomocz jest niekiedy stanem przemijającym, którego znaczenie zależy od przyrody przyczyny go wywołującéj. Z drugiéj strony może białkomocz być następstwem stosunków fizyjologicznych, jak n. p. zbyt silnego ruchu ciała, nagłego zaziębienia lub pod pewnemi warunkami przyjmowania pokarmów. Taki przemijający białkomocz nie powinien wykluczać ludzi od zabezpieczenia życia. Przypadki białkomoczu, nienależące do właśnie opisanego rodzaju, należy podzielić stósownie do ilości białka, na trzy grupy. W przypadkach, w których białko występuje tylko w pewnych porach dnia, musi rozstrzygnięcie zależeć od tego, czy istnieją równocześnie jeszcze inne pewne objawy choroby Brighta. Jeżeli znajdziemy tylko ślad białka, nie należy zaraz myśleć o chorobie nerek. W przypadkach nawet, w których stale znachodzi się dość znaczna ilość białka, zresztą jednak nie ma objawów choroby Brighta, wahałby się P. na pewno rokować; gdyż, jak przypuszcza, istnieją przypadki, w których późniéj nic poważnego się nie przyłącza, a nie można za pomocą naszych dotychczasowych sposobów badania odróżnić takich przypadków od tych, w których późniéj rozwija się choroba Brighta. Przypadki tak zw. okresowego białkomoczu, w których białko w pewnie oznaczonych okresach w moczu występuje i znowu znika, tworzą całkiem pewną i dobrze nacechowaną grupę. Trwają one często lata, nie prowadząc do ważniejszych objawów i pozwalają w ogóle dobrze rokować. (*Deut.-med. Woch.*, 1889, Nr. 35). *Dr. Baschkopf.*

Medycyna sądowa.

Dr. J. Misuraca (Palermo): Przyczynki do badania plam krwawych.

Autor, asystent przy zakładzie higijenicznym uniwersytetu w Palermie, w ciągu roku zeszłego ogłosił 3 rozprawki w tym przedmiocie:

1) W rozprawie p. t.: *Sulla produzione dei cristalli di emina del sangue in putrefazione* (osobna odbitka z *Annali di Chimica* Vol. X) dochodzi do wniosku, że krew płynna, gnijąca na powietrzu, traci po pewnym upływie czasu zdolność krystalizowania, ponieważ zgnilizna rozkłada hemoglobinę; czasu tego dokładnie oznaczyć nie można; średnio trwa on 3—4 miesięcy, ale może trwać i pół roku. Wogóle ciepłota jak wpływa na postęp zgnilizny, tak też wywołuje szybszą lub powolniejszą zatratę zdolności krystalizacyi krwi.

2) W rozprawie drugiéj p. t.: *Sull'azione dei colori derivati dal catrame sul sangue in rapporto alle produzione dell' emina* (osobna odbitka z *Bolletino della Societa d'Igiene di Palermo* Anno IV., 1889) zastanawia się nad wpływem, jaki wywierają barwiki zwłaszcza anilinowe na hemoglobinę i na zdolność jéj krystalizowania, jeżeli plamy krwawe znachodzą się na materyjach zabarwionych. Po licznych doświadczeniach za pomocą rozmaitych barwików anilinowych przekonał się M., że barwiki te nie przeszkadzają krystalizacyi hemoglobiny, że przeciwnie kryształki heminowe powstają o zwykłéj postaci, lecz rozmaicie zabarwione w miarę użytego barwika.

3) W rozprawie trzeciéj pod tyt.: *Sulla influenza dei colori derivati dal catrame sul sangue in rapporto alle indagini spettroscopiche* (odbitka z *Sicilia medica* 1889), która jest właściwie dalszym ciągiem drugiéj, zastanawia się M. nad obrazem widma, wywołanego przez rozczyny barw anilinowych czyste, jakoteż zmięszanych z rozczynem krwi. Pierwsze wywołują rozmaite widma, żaden z tych rozczynów atoli nie daje dwóch charakterystycznych pręg hemoglobiny; ostatnie nie dopuszczają pojawienia się tych smug hemoglobinowych, jeżeli są bardzo zgęszczone; pręgi dwie hemoglobinowe powstają atoli zaraz, jeżeli się rozczyn mocno rozcieńcza, gdyż krew wywołuje pręgi właściwe w rozczynie bardzo nawet rozcieńczonym, podczas gdy wtedy barwiki anilinowe już nie są w stanie zamącenia obrazu. Z tego powodu lekarz sądowy, mający badać ślady krwawe znajdujące się na przedmiocie zabarwionym, powinien posługiwać się badaniem widmowem dla stwierdzenia wypadku badania mikrochemicznego. *L. B.*

VI. Jubileusz prof. Jakubowskiego.

We czwartek d. 13 bm. lekarze tutejsi obchodzą jubileusz 25-letniéj działalności nauczycielskiéj prof. Jakubowskiego. Zanim zdamy sprawę z obchodu samego, pragniemy kilku przynajmniéj słowy skreślić zasługi szanown. Jubilata.

Maciéj Leon Jakubowski, wnuk Dra tych samych imion, a bratanek Józefa, protomedyka rzeczypospolitéj krakowskiéj, urodził się w Krakowie d. 2 marca 1837 r; w mieście rodzinnem pod opieką stryja kończył szkoły i w roku 1861 i 1862 osiągnął wszystkie stopnie lekarskie. Po ukończeniu studyjów bawił przez lat kilka za granicą, a mianowicie w Paryżu, Wiedniu i Pradze czeskiéj, poświęcając się pedyjatryi. W roku 1864 uzyskał w Uniw. Jagiell. *veniam legendi* z pedyjatryi, a w r. 1874 mianowany został nadzw. profesorem chorób dzieci. Jest on tym sposobem pierwszym docentem i profesorem pedyjatryi w Wydziale lek. Uniwersytetu naszego, w którym przedtem gałąź ta nauki lekarskiéj wcale nie była reprezentowaną. Jego zasługą jest, że przy poparciu X. Marceliny Czartoryskiéj zawiązawszy w Krakowie towarzystwo opieki szpitalnéj dla dzieci podał myśl założenia szpitala, który też wskutek hojnie napływających składek za jego głównie staraniem stanął i w r. 1876 otwartym został. Mianowany dyrektorem tego zakładu, postarał się o umieszczenie w nim i kliniki pedyjatrycznéj, oraz o ustanowienie przy niéj asystenta. Szpital św. Ludwika i klinika chorób dzieci — to okazały pomnik jego działalności, a koło tego szpitala obracają się wyłącznie wszystkie jego myśli, koło niego krzątą się niezmużenie, a jest to zakład, który nie tylko jest ozdobą miasta naszego, ale śmiało mógłby być chlubą każdego, nawet większego miasta. W ostatnich latach Jubilat urządził kolonije wakacyjne dla dzieci w Rabce, gdzie rokrocznie kilkadziesiąt dzieci korzysta z dobrodziejstwa pobytu wiejskiego, a w razie potrzeby i z kąpieli solankowych. Tym sposobem stawszy się dobrodziejem dziatwy choréj, cieszy się wdzięcznością i przywiązaniem matek przeważnie, a zacnością charakteru zasłużył sobie na poważanie społeczeństwa. Zabiegi jego i starania koło cierpiącéj młodéj ludzkości uznał N. Pan niedawno tem, odznaczając go orderem korony żelaznéj 3-ciéj kl. Jako nauczyciel gorliwy wykształcił kilka pokoleń lekarzy w specyjalności swéj, między którymi asystenci zwłaszcza jego używają wielkiéj wziętości w mieście naszem i całym kraju. Ci też wdzięczni uczniowie początkowali w urządzeniu jubileuszu, a myśl przez nich podana znalazła poklask i w szerszych kołach nielekarskich, które w obchodzie serdeczny wezmą udział. *L. B.*

Opis nowéj kliniki chirurgicznéj w Krakowie, tudzież kilka ogólnych uwag o stosownem urządzeniu kliniki chirurgicznéj.

Podał

Prof. L. Rydygier.

(Dok. Patrz Nr. 4).

Dodam jeszcze kilka uwag tyczących się oświetlenia sali operacyjnéj ze względu na zdanie wypowiedziane pod tym względem przez Billrotha (l. c.).

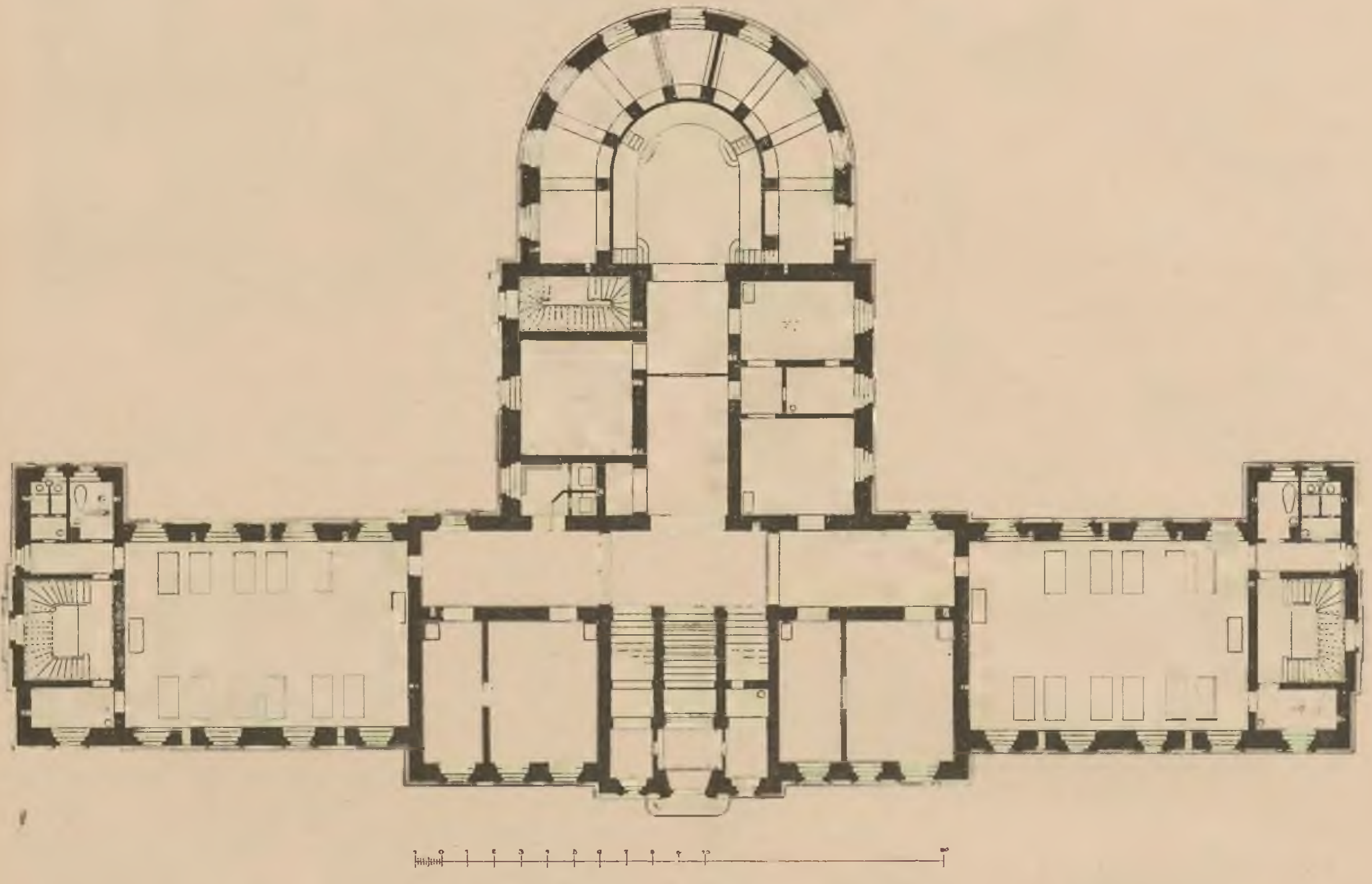
Nasza sala wykładowa jest zwrócona na północ. Światło wpada do niéj przez 9 wielkich okien tak, jak i Billroth żąda, poza słuchaczami z góry na dół na arenę i stół operacyjny.

Co się tyczy światła górnego, to zdawało się nam, że ten sposób oświetlenia nie jest stosowny w naszym klimacie, a przytem dla nas zbyteczny, gdyż nas p. inżynier starszy Sare zapewniał, że będziemy mieli światła przez te 9 okien wpadającego ilość dostateczną. Doświadczenie zupełnie to potwierdziło, gdyż nawet podczas pochmurnych dni, których tyle było w ostatnim czasie, mieliśmy zawsze światła ilość dostateczną. Dla tego też nie uważam wielkiego aż do ziemi sięgającego okna naprzeciw stołu operacyjnego, jakiego żąda Billroth, nie tylko za niezbędne, ale nawet nie za konieczne. Wprawdzie słusznie zupełnie twierdzi Billroth, że dla niektórych operacyj jest światło horyzontalne bardzo korzystne, jak n. p. do operacyj w jamie ust i gynekologicznych, ale przecież sam przyznaje, że tych operacyj i tak uczniowie nie widzą, można je więc w osobnym pokoju bez uczniów wykonywać i w takim razie naturalnie chorego stosownie sobie ułożyć. Ale ja i przy tych operacyjach skarżyć się na brak światła nie mogłem. I tak w dniu pochmurnym wykonywałem na sali operacyjnéj bardzo wysokie wycięcie kiszki odchodowéj, a innego dnia stafilorafiję i uranoplastykę. Przy téj operacyi używałem do szwu igły Langenbecka i mogłem doskonale widzieć w tyle w ustach złoty haczyk do zawieszenia nitki.

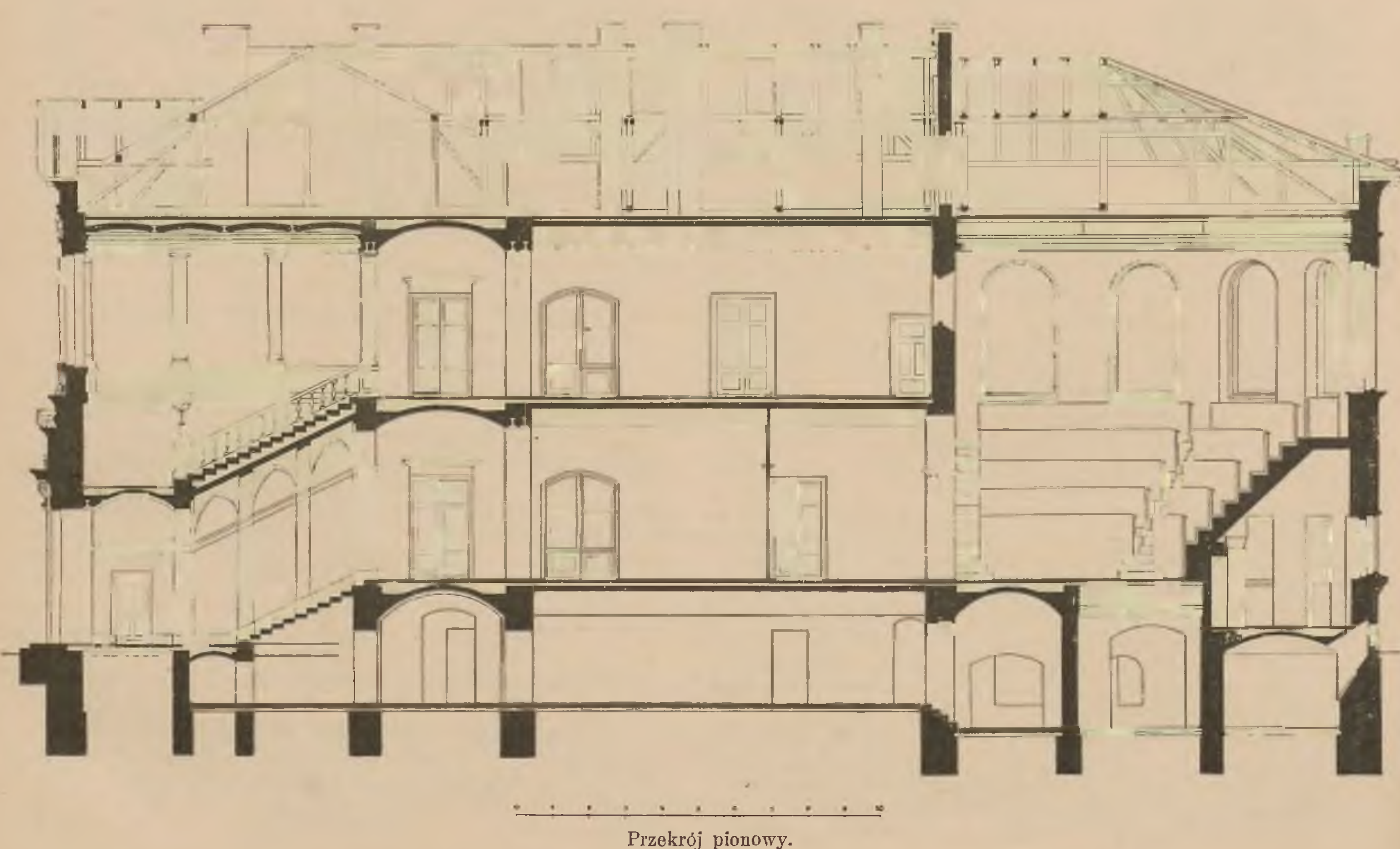
Przytem wielkie okno, jakiego żąda Billroth, ma prócz innych szczególnie jednę wielką niedogodność, którą sam Billroth przyznaje, a mianowicie stanęłoby w miejscu, gdzie są najlepsze miejsca dla uczniów. Po obu stronach chorego stoi operator i asystenci i zasłaniają uczniom po bokach siedzącym; naprzeciw chorego siedzący uczniowie mogą jeszcze najlepiéj operacyję widzieć i te miejsca byłyby raz na zawsze zniesione. Z tego względu okna takiego pod żadnym warunkiem zalecać nie mogę.

Jeszcze jedna uwaga tycząca się amfiteatru: powinien być dostatecznie spadzisty tak, żeby wyżéj siedzący mógł nie wstając ponad głową niżéj siedzącego wszystko widzieć. Nasz amfiteatr zaczyna się 1·05 metr. ponad posadzką areny, a idzie w górę do 3·85 metr.

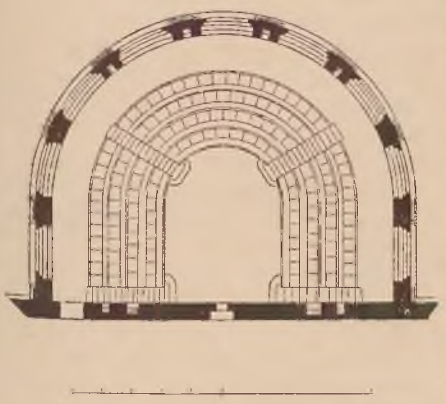
Pod amfiteatrem można urządzić garderobę dla studentów, któréj nie ma w planie Billrotha, a nawet tak, jak u nas podzielić to miejsce na 2 części, z których w większéj urządzić garderobę, mniejszą zaś przeznaczyć do przechowania opatrunków i połączyć ją wprost z areną. To urzą-



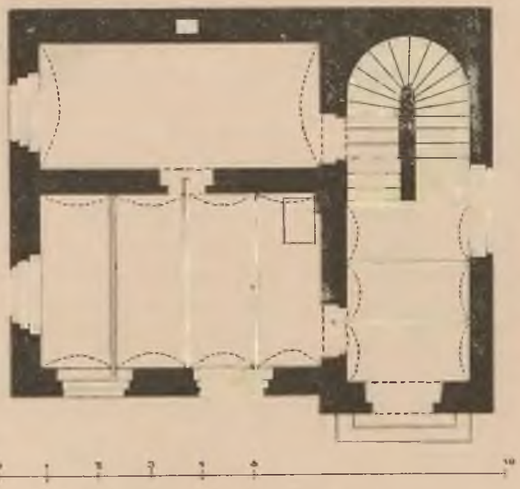
Parter.



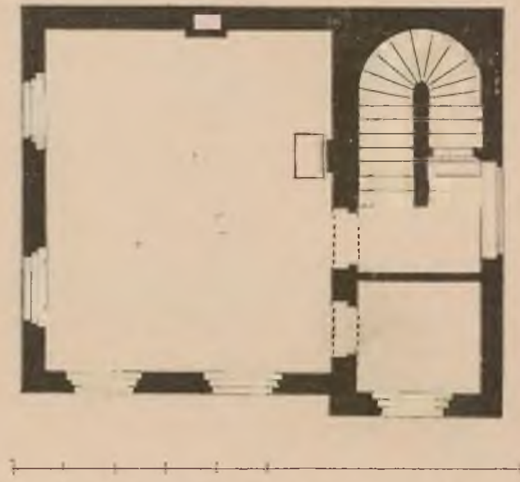
Przekrój pionowy.



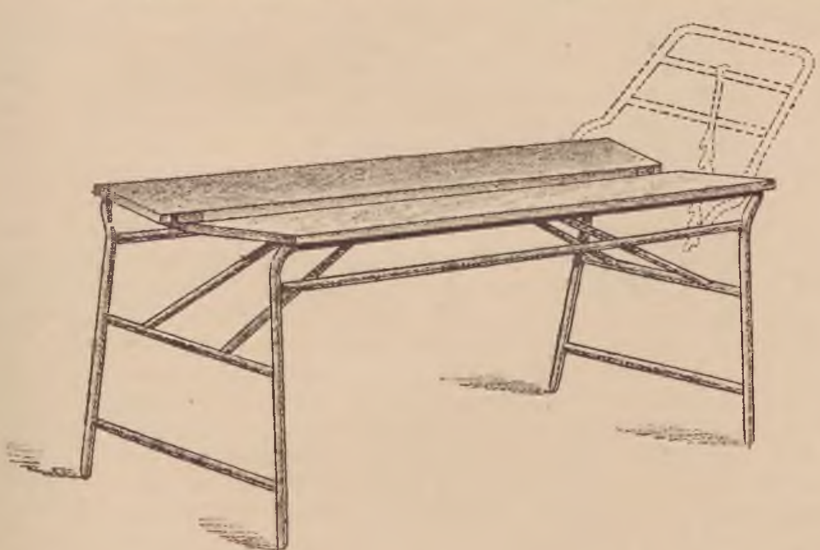
Sala wykładowa i operacyjna.

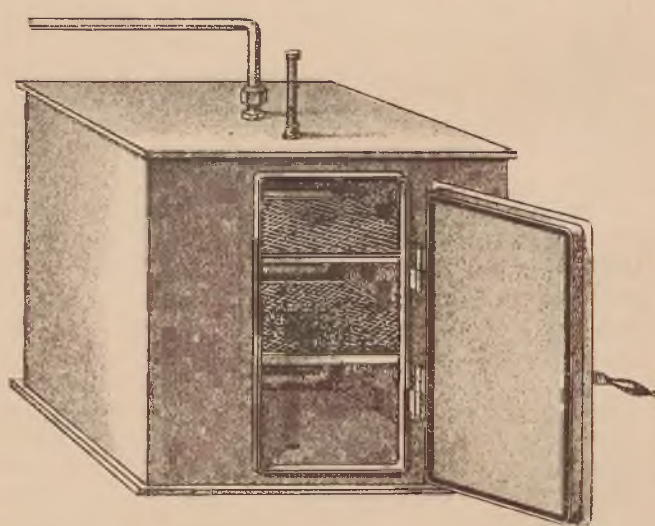


Pokoje operacyjne dla zwierząt.

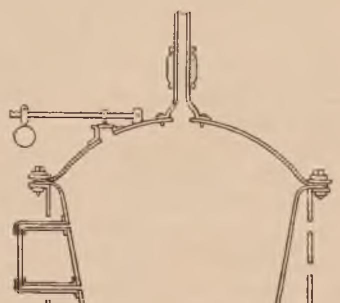


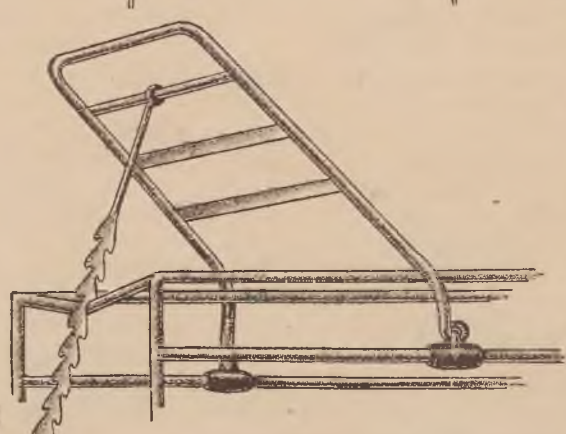
Pracownia histologiczna i bakteryjologiczna.

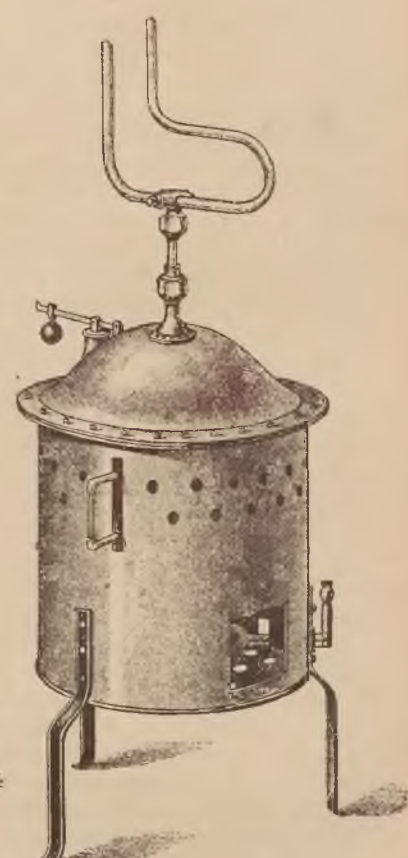


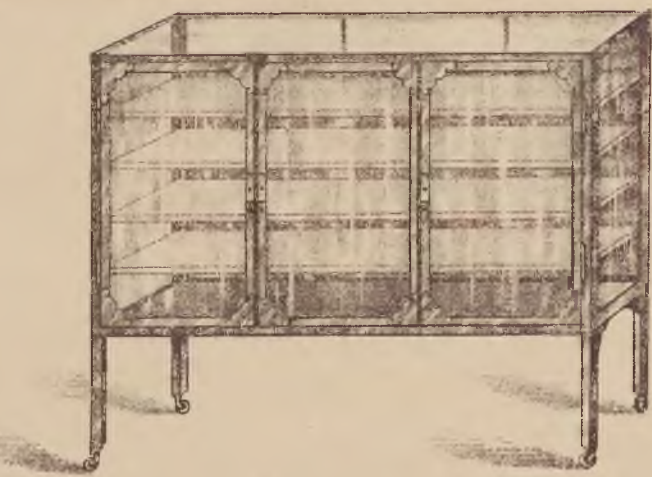












dzenie, jako też ustawienie sterylizatora tak jak u nas, zdaje mi się być daleko korzystniejsze, niż żądany przez Billrotha do przygotowywania i sterylizowania opatrunków pokój osobny, lecz oddzielony od sali wykładowej korytarzem.

Drugi pokój operacyjny sąsiadujący z salą wykładową jest nie wielki i przeznaczony do zmieniania opatrunków i wykonywania mniejszych operacyj u chorych poliklinicznych. Ubikacyje przeznaczone dla ambulatoryjum są, o ile mi się zdaje, w ogóle w naszéj klinice bardzo dogodnie rozmieszczone.

Tuż przy głównem wejściu z drzwiami na korytarz znajduje się pokój poczekalny tak, że każdy chory łatwo może do niego trafić. Jednę ma wadę ten pokój, a mianowicie jest stanowczo za mały. Umieściliśmy w nim wprawdzie z wielką biedą 36 miejsc siedzących, ale w dniach, w których ilość chorych jest większa i te nie wystarczają, a wtenczas zaczynają chorzy wychodzić na korytarz, dzieci na korytarzu krzyczeć, brudzić i t. d., a na to przecież pozwolić nie można. To też nie pojmuję, że Billroth dla swego liczniejszego ambulatoryjum żąda tylko 34 miejsc siedzących. Z pokoju poczekalnego przechodzą chorzy przez mały korytarzyk do pokoju ordynacyjnego, który jest zarazem pokojem operacyjnym dla ambulatoryjum. Gdy chory zostanie zbadany, względnie opatrzony, przechodzi do pokoiku przeznaczonego do ubierania się. Tam się ubiera i z pokoiku tego wychodzi przez maleńki korytarzyk na główny korytarz, tymczasem zaś można drugiego chorego z ambulatoryjum wprowadzić i w ten sposób bez straty czasu na czekanie, aż się chory ubierze, bez osobnych pokoi do badania kobiet i mężczyzn można jednych i drugich po kolei odprawiać, badać i opatrywać. Osobne pokoje do badania kobiet i mężczyzn są naturalnie jeszcze dogodniejsze, ale nie mieliśmy miejsca na to.

Również z powodu braku miejsca nie mamy osobnego pokoju do badań laryngoskopijnych i innych, które trzeba w ciemnym pokoju wykonywać. Do tego musimy używać także pokoiku wyżéj wspomnianego, służącego do ubierania się chorych. Pokoik ten daje się zupełnie zaciemnić. Jeśli potrzeba którego z chorych ambulatoryjnych przedstawić na wykładzie, to można go wprost z pokoju ambulatoryjnego do sali wykładowej wprowadzić. Przez to urządzenie jest ambulatoryjum w ścisłym związku z kliniką stałą, co zgodnie z Billrothem uważam za konieczne.

Trzeci pokój operacyjny, przeznaczony głównie dla laparotomii, jest urządzony zupełnie według zasad Neubera. Ściany w nim są zupełnie gładkie, rogi i kąty wygładzone; narzędzia są w zagłębieniu w ścianie na szklanych płytach poukładane: stół operacyjny zupełnie prosty z żelaza i szkła bez części głowowéj; stół opatrunkowy także z żelaza i szkła; przy ścianie 2 tafle szklane zamiast stołów; ponad trzecią taflą, na któréj stoi miednica, znajdują się 2 kurki, jeden dla ciepłéj, drugi dla zimnéj wody. Wodę użytą do umycia wylewa się na podłogę, a z niéj wszystko odpływa przez krótką, bo tylko zewnętrzną ścianę przebijającą szklaną rurę grubości ręki, do rury ściekowéj na zewnętrznéj stronie muru umieszczonéj. Gdyby się w tejże miały wywiązywać szkodliwe gazy kanałowe, toby szły w górę po ścianie zewnętrznéj, a nie do pokoju operacyjnego (Neuber). Drzwi i odrzwia są zupełnie gładkie bez wszelkich zagłębień. Okno składa się z szyby lustrowéj 2·60 metr. wysokiéj, 1·40 metr. szerokiéj, osadzonéj w żelaznéj ramie. Parapet przy oknie jest także przykryty taflą szklaną. O ile to więc w ogóle możliwe urządzone tu wszystko tak, ażeby nigdzie nie mogły zarazki się gnieździć i wszystko dało się łatwo i najdokładniéj oczyścić.

Z czterech wielkich sal dla chorych jest każda przeznaczona na 12 łóżek i ma około 45 kub. metr. przestrzeni powietrznéj dla łóżka. Łóżka są zrobione według wzoru łóżek, używanych w klinice Bergmanna, są one stanowczo lepsze, niż nasze dawniejsze.

Szafeczki nocne są całe z żelaza i zupełnie otwarte, aby chorzy nie mogli w nich przechowywać reszt pokarmów i w ogóle zawsze musiały być czyste. W środku sali stoi duży stół z szafkami do dołu sięgającemi; szafki te służą do przechowywania bielizny do codziennego użytku przeznaczonéj.

Wentylacyja sal chorych jest naturalną; w ścianach zewnętrznych są kanały, któremi świeże powietrze do sal wchodzi, w środkowych zaś kanały, przez które powietrze zepsute ponad dach uchodzi: w tychże są umieszczone palniki gazowe. Prócz tego służą do wprowadzenia świeżego powietrza górne części okien, które się dają na horyzontalnéj osi obracać. Ogrzane są sale chorych za pomocą pieców kaflowych po 2 w każdéj sali, sala wykładowa zaś, operacyjna dla laparotomij i korytarze ogrzane są za pomocą gorącego powietrza, wytwarzanego w kaloryferze umieszczonym w suterynach. Posadzka jest wszędzie równa bez żadnych progów między salami chorych a korytarzem tak, że chorzy mogą bez żadnego wstrząśnienia do sali wykładowéj razem z łóżkiem za pomocą stosownie urządzonego łóżka być przewiezieni. Do zwożenia chorych z piętra na dół służy winda, tem bardziéj dla nas konieczna, gdyż chorych nie tylko do operacyi, ale i do opatrunku do sali operacyjnéj zwozimy. Opatrywanie bowiem w salach chorych zupełnie u nas zniesione, gdyż uważałem je najpierw za nieludzkie, bo po co ma 11 chorych słuchać narzekań 12-tego i w trwodze własnego opatrunku czekać, a po drugie nie zgadza się to z zasadami wzorowéj czystości. Sala operacyjna daje się cała dobrze wyczyścić i spłukać, sali zaś chorych, gdzie stoją łóżka z chorymi i inne sprzęty, nie można już tak dokładnie czyścić, a więc nie można i ręczyć, czyby gdzie trochę ropy lub t. p. nie zostało.

Przy każdéj wielkiéj sali chorych jest łazienka, 2 klozety i kuchenka podręczna z aparatem gazowym do gotowania. Im bliżéj sali chorych łazienka, tem jest lepiéj. Dla pokoi osobnych (separatek) nie można było niestety osobnéj łazienki urządzić.

Posługacze i posługaczki śpią w salach chorych, mają jednakże po jednym pokoju w suterynach, aby tam mogli mieć swoje rzeczy i mieszkanie w razie, gdyby nam przyznano prawo trzymania przynajmniéj jednego posługacza i jednéj posługaczki rezerwowéj. Tego się spodziewamy i uważamy to za konieczne, gdyż nie można żądać od człowieka, aby pracował dzień i noc przez rok cały bez wytchnienia za tak lichą płacę.

Prócz czterech sal wielkich mamy 5 pokoi osobnych dla chorych: 3 dla 3—4 chorych, 2 dla 1—2 chorych. Najmniejszy z tych pokoi ma być używany do ewentualnego odosobnienia przypadków ropnicy, róży i t. p. Drugi większy przeznaczony dla chorych z cuchnącemi ranami, jak to się zdarza przy chorobach odbytnicy, pęcherza itp., których czasem odwietrzyć i bezwonnemi uczynić w żaden sposób nie można. Pozostałe 3 przeznaczone dla chorych po ciężkich operacyjach, potrzebujących więcéj spokoju.

W suterynach są mieszkania dla służby i kuchnia rezerwowa (jedzenie gotuje się w starych klinikach i przewozi w ogrzewanym wózku), muzeum, kaloryfer, motor gazowy, pompa, maszyna elektro-dynamiczna i 2 łazienki (dla dyrektora i asystentów). Dla muzeum nie jest miejsce w suterynach najstosowniejszem, pokój ten jednak jest duży, nieźle oświetlony i suchy. Na górze zaś nie mieliśmy pokoju dla umieszczenia muzeum, chyba byśmy byli musieli obrócić

na to największy pokój osobny, przez co byśmy byli i tak szczupłą liczbę łóżek jeszcze o 4 zmniejszyli.

Tak więc, jak szan. czytelnicy widzą, klinika nasza jest w ogóle bardzo praktycznie i dobrze urządzona, jednak ma jednę wadę i to znaczną, t. j. nie ma drugiéj mniejszéj sali wykładowéj dla wykładów teoretycznych. Naumyślnie nie nazywam jéj jak Billroth „salą dla kursów“, bo brak u nas gospodarstwa kursowego nie uważam za nieszczęście (chociaż i u nas dają pierwsi asystenci kursa), z drugiéj jednak strony uważam za wielki brak w nauce lekarskiéj w Austryi to, że tak mało jest uwzględniona potrzeba systematycznych wykładów teoretycznych. Wskutek tego urządzenia przychodzą do kliniki chirurgicznéj uczniowie, którzy nie mają pojęcia o chorobach chirurgicznych. O ile wiem, to w innych klinikach też nie jest lepiéj. Wprawdzie w spisie wykładów stoi: „klinika chirurgiczna z wykładem patologii i terapii szczegółowéj.“ ale te wykłady teoretyczne odbywają się albo przy sposobności przedstawienia odpowiedniego przypadku, albo też raz lub dwa razy tygodniowo i rozdzielone są wtenczas na cztery półrocza tak, że uczniowie nigdy nie usłyszą całości, a przynajmniéj w związku ze sobą. Gdyby nawet profesor wyjątkowo ściśle teoryję wykładał i wszystkie części uwzględnił, to i tak dopiero z końcem czwartego półrocza słyszałby uczeń wszystko, a przecież powinien mieć przynajmniéj ogólne pojęcie o wszystkiem w chwili, gdy wstępuje do kliniki. W Niemczech odbywają się osobno teoretyczne wykłady chirurgii szczegółowéj i uczniowie słuchają ich przed zapisaniem się na klinikę. To urządzenie, o ile mi się zdaje, jest daleko lepsze. U nas starają się temu w ten sposób zaradzić, że profesorowie i docenci wykładają niektóre poszczególne działy chirurgii, ale uczniowie zapisują się na te wykłady także dopiero równocześnie z zapisaniem się na klinikę i to niezbyt licznie.

Przynajmniéj ogólną chirurgiję powinni uczniowie słuchać przed przyjściem do kliniki, łatwiéj by bowiem uczeń zrozumiał każdy przypadek, gdyby miał pewne ogólne pojęcie o istocie i przyczynach chorób chirurgicznych, gdyby przedtem poznał objawy i leczenie grup chorobowych. Wykłady takie można uczynić bardzo interesującemi przez wykonywanie podczas nich doświadczeń, pokazywanie preparatów i t. d., a nigdy nie może ich zastąpić nawet najlepsza książka. Do tych wykładów powinna być osobna sala wykładowa, bo najpierw słusznie Billroth twierdzi, że jest nieprzyjemnie w wielkiéj sali wykładać dla jakich 30—50 słuchaczy, a po drugie uważam za niestosowne wnoszenie anatomicznych preparatów do sali operacyjnéj, a wreszcie musi przecież być czas do wymycia i wywietrzenia sali wykładowéj. U nas trwają operacyje jeszcze po wykładzie do 3 godzin, czasem i dłużéj. Pomiędzy 5—7 zmienia się opatrunki u chorych klinicznych częściowo w pokoju dla ambulatoryjum, częściowo w sali wykładowéj, tak więc absolutnie nie ma czasu w téj sali mieć wykłady teoretyczne.

A przecież jeszcze i z tem trzeba się liczyć, że mogą każdéj chwili przywieźć do kliniki chorego, u którego trzeba natychmiast operacyję wykonać (uwięźnięta przepuklina, rany postrzałowe, złamania i t. p.). Znowu by się wykładającemu przeszkadzało.

Z tych powodów wykłady teoretyczne odbywają się obecnie w innym budynku, n. p. w sali wykładowéj kliniki wewnętrznéj. U nas nie da się już ten błąd naprawić, wspominam o nim tylko dla tego, żeby go uniknąć przy innych nowych budowlach.

Obok kliniki stoi, jak już wyżéj powiedziałem, nasz budynek do doświadczeń. Przy obecnym stanie naszéj nauki uważam za konieczne, żeby klinika chirurgiczna miała osobne ubikacyje do przetrzymywania i operowania zwierząt, tudzież do badań histologicznych i bakteryjologicznych. Przy budowie tego budynku przedewszystkiem zważaliśmy na to, żeby szczekania i wycia psów jak najmniéj było słychać. Dla tego pokój służący do przechowywania psów oddzielony jest z jednéj strony podwójnym murem, z drugiéj oprócz grubego muru jest jeszcze pokój operacyjny między nim a ogrodem. Z tego też powodu ma tylko jedno małe okrągłe, wysoko umieszczone okno; wentylacyja odbywa się przez szeroki komin, podłoga jest z cementu, aby ją można łatwo czyścić.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, dnia 13 marca. Dziś o godzinie 11 przedpołudniem odbyła się w auli uniwersyteckiéj uroczystość jubileuszowa prof. Jakubowskiego. Już przed 11-tą sala obszerna była zapełnioną przez lekarzy i uczniów; nadto przybyły liczne panie oraz reprezentanci rozmaitych stanów i towarzystw, z pośród których wymienimy tylko: prezydenta miasta, prezesa Akademii, Senat akademicki z rektorem na czele, Wydział lekarski z dziekanem swoim, prezesa Tow. lek. itd. Po wprowadzeniu Jubilata do auli i przywitaniu go przez chór akademicki, przewodniczący komitetu kol. Kwaśnicki serdeczną miał przemowę do niego; po nim zabrał głos rektor Uniw. Jagiell., następnie dziekan Wydziału lek., prezes Tow. lekarskiego krak., ofiarując mu dyplom na członka honorowego, dyrektor szpitala św. Łazarza Dr. Harajewicz; po nich w imieniu delegacyi Tow. opieki szpitalnéj dla dzieci przemawiał Prezydent miasta, ofiarując Jubilatowi imieniem tego Towarzystwa w upominku pięknie wyrobiony kałamarz srebrny, z kolei prym. Paszkowski mówił w imieniu uczniów, a kończąc odsłonił portret Jubilata, przeznaczony dla sali wykładowéj szpitala św. Ludwika, pędzla znakomitego naszego portrecisty p. Pochwalskiego; Dr. Pawlas, były asystent w imieniu asystentów, kand. med. Rogojski w imieniu obecnych uczniów, a wreszcie kand. med. Kosiński w imieniu Stowarzyszenia biblijoteki medyków ofiarując dyplom honorowy. Za wszystkie te życzenia prof. Jakubowski dziękował w pięknem i serdecznem przemówieniu. O godz. wpół do 1-éj zakończyła się piękna uroczystość w auli a o godz. 7-éj wieczorem odbędzie się w Grand Hotelu uczta składkowa.

* W sprawie izb lekarskich deputacyja Związku stowarzyszeń lekarskich austr., złożona z przewodniczącego radzcy rządowego Dra Gaustera i sekretarza Dra Kohna udała się dnia 5 b. m. do prezydenta ministrów hr. Taaffego; sprawa ta przez komisyję sanitarną w Radzie Państwa oddaną została jednemu z członków do referatu i zapewne niezadługo przyjdzie pod obrady pełnéj Izby. Pan Minister oświadczył, że zasadniczo niema nic przeciw utworzeniu Izb. Doznawszy życzliwego przyjęcia u hr. Taaffego, deputacyja udała się następnie do szefa sekcyi Erba i referenta sanitarnego Dra Kussego, którzy przyrzekli poprzeć sprawę.

* W wykonaniu uchwały 5-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich zawiązało się we Lwowie „Towarzystwo przyjaciół zdrowia“, którego statut dnia 25 lutego rb. uzyskał potwierdzenie Namiestnictwa. Towarzystwo to nie jest bynajmniéj konkurencyjne wobec podobnego towarzystwa w Krakowie istniejącego, lecz owszem obydwa wzajemnie popierać się będą; nie będzie też Towarzystwo lwowskie wydawać osobnego czasopisma, lecz co najwięcéj pisma ulotne treści higijenicznéj. różni ono się od krakowskiego pod tym względem, że według § 5, ustępu a), do pocztu członków czynnych należeć mogą nietylko poszczególne osoby płci obojéj, lecz i całe gminy i towarzystwa, z których pierwsze pełnią obowiązki przez swych urzędowych przedstawicieli, ostatnie zaś przez wybranych delegatów. Członek czynny opłaca wkładkę wstępną 50 ct. i roczną w kwocie 2 złr., a kto złoży jednorazowo 50 złr. na cele Towarzystwa, staje się członkiem czynnym dożywotnim. Towarzystwu nowo powstającemu, koło którego powstania krzątał się gorliwie obecny p. protomedyk, w interesie zdrowia ogólnego kraju życzymy najlepszego powodzenia.

* Zasłużony prof. medycyny sądowéj w Uniw. niemieckim w Pradze, Dr. Józef Maschka, obchodził dnia 5 b. m. 70-te swe imieniny, przy któréj to sposobności koledy w Wydziale, lekarze i studenci wynurzyli mu serdeczne życzenia.

* Na ostatniem posiedzeniu Rady m. Krakowa mianowany został lekarzem okręgowym miejskim Dr. Ignacy Schaitter, asystent przy katedrze medycyny sądowéj i lekarz sądowy.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin**. Prof. pedyjatryi tajny radzca Henoch obchodzi w lipcu urodziny swe 70-te. — **Bern**. Docent Dr. Karol Girard mianowany został profesorem chirurgii. — **Padwa**. Dr. Toicomi z Rzymu mianowany został profesorem propaideut. kliniki chirurgicznéj. — **Piza**. Dr.

Tonsino habilitował się jako docent parazytologii. — **Lipsk.** Prof. anatomii His za prace swoje embryjologiczne otrzymał nagrodę Riberiego w Turynie w kwocie 20,000 franków; ze sumy téj His przeznaczył czwartą część na stypendyja dla dwóch uczniów medycyny w Turynie. — **Petersburg.** Prof. farmakologii Suszczyński przeszedł w stan spoczynku, a zastępuje go docent Popow. — Docent w Uniw. dorpackim Dr. Openchowski mianowany został konsultantem w zakładzie klinicznym W. X. Heleny Pawłowny. — **Tomsk.** Prosektor petersburski Dr. Albicki mianowany profesorem patologii ogólnéj.

* **Wiadomości osobowe.** Starszy lekarz Dr. Tadeusz Czyszczan przeniesiony do 10-go pułku dragonów we Wiedniu.

Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Feliks Bielewicz, rodem z Gorlic, Jan Zbiegniewicz, rodem z Krzywczy i Antoni Feliks Stasina z Rozdołu w Galicyi.

Zmarli: w Berlinie Dr. Paweł Niemayer, znany autor kilku podręczników lekarskich; b. prosektor w Dorpacie Dr. Adam Wikczemski, rodem z Wilna.

Sprostowanie. W Nrze 10 na str. 131 w sprawozdaniu z pracy Landerera wiersz 3 od góry zam. antiseptycznych ma być aseptycznych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dnia 5-go b. m. o godzinie 6-téj po południu w gmachu kliniki chorób wewnętrznych w dawnéj sali wykladowéj kliniki chirurgicznéj posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. Rydygier mówić będzie o etyjologii torbieli mlecznych. 2) kol. Obaliński przedstawi chorego wyleczonego z przetoki cewkoodbytnicowéj i poczyni uwagi nad metodą operacyjną w tym celu użytą. 3) wnioski komitetu Tow. i członków. 4) kol. Pieniążek mówić będzie o ropotoku Stoerka.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 22 Marca 1890. Nr. 12.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$3\frac{1}{2}$ „	6 „

I. O laryngofisurze na podstawie własnego doświadczenia.

Podług wykładu mianego w Tow. lekarskiem krak. w czerwcu 1889 r., uzupełnione przypadkami późniejszemi.

Podał
prof. Dr. Pieniążek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 11).

3) W trzecim przypadku przystąpiłem w lecie 1884 r. do wykonania laryngofisury u młodzieńca 18—20-letniego z powodu licznych papilomatów krtani w głośni i pod głośnią, które pomimo kilkakrotnych endolaryngealnych zabiegów uporczywie recydywowały. Operacyi téj dokonałem z pomocą kol. doc. Dra Trzebickiego, podówczas asystenta w klinice chirurgicznéj. Wykonałem ją przy chloroformie po zrobieniu bezpośrednio przedtem krykotomii. Zamiast kaniuli tamponowéj użyłem tu po raz pierwszy metody operowania przy zwieszonéj głowie, którą znalazłem tak dogodną, że odtąd wyłącznie w ten sposób operuję. Metoda ta przedstawiała mianowicie dogodności, że tak do wykonania saméj laryngofisury, jak i do następującego po niéj zabiegu, jak np. w tym przypadku wycinania polipów, kaniula jest zupełnie zbyteczną, przez co się dużo na przestrzeni do właściwego zabiegu zyskuje, a chory nie krztusi się wcale krwią i śliną, przed któremi go w innym razie kaniulą tamponową chronić potrzeba, a które teraz swobodnie ustami lub nosem spływać mogą. To też dokonawszy laryngofisury i rozwarłszy hakami tępemi płyty chrząstki tarczykowéj swobodnie mogłem wycinać polipy, których zwłaszcza pod głośnią wielka znajdowała się ilość. Do wycinania ich użyłem nożyczek zakrzywionych. Następnie założyłem choremu kaniulę, a ranę po nad kaniulą zamiast zeszyć ściągnąłem plastrami. Na drugi dzień zdjąłem plastry i znowu rozwarłem płyty chrząstki tarczykowéj, aby raz jeszcze opatrzyć, czy gdzie resztek polipów nie znajdę, takowe bowiem łatwo dnia poprzedniego przeoczyć mogłem, niektóre bowiem były bardzo małe, krew więc ściekająca z innych świeżo wyciętych łatwo zasłonić je mogła. Oczyściwszy krtań do reszty z polipów, założyłem znowu plastry, a ponieważ chory mógł dobrze oddychać ustami, kaniulę korkiem zatkałem. W dalszym przebiegu doglądał chorego z powodu mego wyjazdu kol. Trzebicky, od którego się później dowiedziałem, że chory wkrótce pozbył się kaniuli i w parę tygodni z dobrym głosem do domu powrócił. W kilka miesięcy potem widziałem znowu chorego i przy badaniu spostrzegłem jednego polipa w saméj głośni. Chory bawił jednak przejazdem tylko w Krakowie, nie poddał się więc operacyi endolaryngealnéj, jaką mu proponowałem, a od tego czasu nie widziałem go więcéj W przypadku tym zasługują w zestawieniu z poprzedniemi na uwagę następujące szczegóły: 1) Pomimo sporéj ilości polipów krtań nie była niemi znacznie zwężona tak, że tracheotomija *recte* krykotomija nie była robioną z konieczności, lecz tylko jako akt wstępny do laryngofisury. 2) Laryngofisura wykonaną była bezpośrednio po dokonanéj krykotomii. 3) Tak laryngofisura jak i wycinanie polipów odbywało się przy zwieszonéj głowie. 4) Rana po laryngofisurze nie była zeszytą, lecz ściągniętą plastrami w celu ponownego obejrzenia na drugi dzień 5) Tamponu po laryngofisurze, podobnie jak w przypadku pierwszym, nie założono. 6) Mimo bardzo skrupulatnego wycinania polipów recydywa przecież lubo w jednem tylko miejscu w kilka miesięcy nastąpiła.

4) Czwarty przypadek dotyczy chorego z kliniki chirurgicznéj, do którego przez prof. Mikulicza wezwany pod koniec 1885 r. znalazłem bardzo obfite i spore papilomata w głośni i pod głośnią, które nie tylko sprowadziły zupełny bezgłos, ale nadto i dość znaczne zwężenie światła krtani. Endolaryngealnie wyjąłem wszystkie polipy w głośni i większą część podgłośniowych, z których jednak dość znaczna jeszcze ilość, lubo nie sprawiająca zwężenia na ścianach krtani, pod głośnią pozostała. Mimo tego jednak oddech chorego nie wiele się poprawił, a przy badaniu zdołałem spostrzedz w głębi na tylnéj ścianie tchawicy kępę sporych wyrośli zwężających od tyłu dość znacznie światło téjże. Ponieważ te ostatnie usadowione były zbyt głęboko, aby dla endolaryngealnéj operacyi być dostępnemi, ponieważ nadto wyjęte przedtem endolaryngealnie wyrośle, mniemane papilomata, okazały pod mikroskopem budowę mięsaka drobno komórkowego, przeto proponowałem prof. Mikuliczowi wykonanie tracheotomii i laryngofisury, aby doszczętnie usunąć reszty nowotworu tak na ścianach krtani, jak i w tchawicy. Propozycyja przyjętą została i Dr. Trzebicky wykonał tracheotomiję, poczem prof. Mikulicz w pozycyi chorego leżącéj przystąpił do laryngofisury, a następnie usunął ze ścian krtani przez ekochleacyję resztki nowotworu. Wyrośle na tylnéj ścianie tchawicy dały się dopiero wtedy spostrzedz, gdy choremu spuszczono głowę silnie w tył i zwrócono go ku oknu i krtań rozwarto. Zostały one przez prof. Mikulicza termokauterem wypalone, poczem założono kaniulę, a płyty chrząstki tarczykowéj metalowym szwem połączono. Skutek operacyi pod względem nowotworu był bardzo dobry, obserwując bo-

wiem chorego następnie z przerwami przez dwa lata żadnéj recydywy nie spostrzegłem, natomiast jednak wytworzona po ekochleacyi bliznowata tkanka, obejmująca tylną i boczne ściany krtani, ściągała do siebie struny głosowe tak, że się takowe dostatecznie rozsunąć nie mogły i zbyt wąską pomiędzy sobą szparę dla oddechu pozostawiały. Dilatacyja czopkami cynowemi Schröttera, któréj próbowałem, nie doprowadziła do celu, chory bowiem na lato ją przerywał, a na zimę dopiero wracał do dalszego leczenia. Po dwóch zimach w ten sposób przebytych chorego już więcéj nie widziałem. Sądzę jednak, że konsekwentnie bez przerwy prowadzona przez ten czas dilatacyja byłaby swój cel osiągnęła, t. j. umożliwiła wyjęcie kaniuli. Pod względem głosu chory takowy jeszcze przed laryngofisurą, t. j. po endolaryngealnych zabiegach, odzyskał, po laryngofisurze zachował głos taki sam jak przedtem, t. j. głośny, choć chrypliwy.

5) Piąty przypadek, który miałem sposobność obserwować na wiosnę 1886, przedstawiał objawy zapalenia ochrzęstnéj (*perichondritis thyreoidea*). Płyty chrząstki tarczykowéj rozszerzone tworzyły ze sobą zamiast kąta łuk płaski; przy badaniu laryngoskopijnem struny fałszywe obrzmiałe tak, że tylko w tyle mały otwór dla powietrza pozostawiają. W otworze tym widać wyrośl bladą, palcowato sterczącą, robiącą wrażenie polipa śluzowego. Chrząstki nalewkowe ruchome i równie jak i fałdy nalewko nagłośniowe nie obrzmiałe, natomiast dno zatoki gruszkowatéj prawéj wzniesione z powodu obrzmienia. Po wspólnéj naradzie z prof. Obalińskim rozpoznaliśmy *perichondritis thyreoidea* i zgodziliśmy się na laryngofisurę celem dania odpływu ropie i wycięcia wspomnianéj wyrośli podgłośniowéj. W tym celu wykonalem naprzód krykotomiję, a w tydzień potem przystąpił prof. Obaliński przy mojéj asystencyi do laryngofisury, któréj dokonał przy zwieszonéj głowie po zachloroformowaniu. Przy operacyi wystąpiło względnie bardzo silne krwawienie z rozciętéj przekrwionéj błony śluzowéj, które jednak przy zwieszonéj w tył głowie żadnych trudności nie sprawiało. Po zatamowaniu krwawienia przez ucisk tamponami okazał się w błonie śluzowéj pod prawą struną głosową otwór prowadzący do jamy wypełnionéj ropą, wśród któréj znajdowała się prawa płyta chrząstki tarczykowéj. Można było przez rzeczony otwór wymacać palcem górny brzeg płyty, całą jéj powierzchnię zewnętrzną i część górną wewnętrznéj, przytem okazywała się ona skostniała, chropawa. Wypłukawszy dokładnie jamę ropnia, co przy zwieszonéj głowie bez żadnego krztuszenia się odbyło i wyciąwszy wspomnianą powyżéj wyrośl, która polipowato nieco na lewo od przedniego kąta głośni poniżéj tegoż była usadowioną, założono tampon z gazy jodoformowéj i zeszyto ranę nad kaniulą. W trzy tygodnie po laryngofisurze opuścił chory szpital bez kaniuli z daleko mniejszem obrzmieniem tak zewnątrz jak wewnątrz krtani, z oddechem zupełnie lekkim, z głosem znacznie lepszym. W rok późniéj dowiedziałem się, że wykrztusił jeszcze kilka kawałkow obumarléj kości z skostniałéj prawéj płyty tarczykowéj, poczem głos coraz bardziéj się poprawiał, a oddech zupełnie swobodny pozostał.

6) W szóstym przypadku laryngofisura była robioną w r. 1887 na wiosnę z powodu małego polipa między chrząstkami nalewkowemi. Wiadomo, że w okolicy téj polipy nadzwyczaj rzadko występują, jakkolwiek nierówne brzegi wrzodów gruźliczych, lub wybujałe z dna ich granulacyje nieraz łudzące do polipów podobieństwo okazują To też spotykamy bardzo poważnych autorów, którzy wprost zaprzeczają, jakoby polipy w tem miejscu występować mogły. Co do mnie, miałem sposobność widzieć polipa w przestrzeni między-nalewkowéj i stwierdzić jego obecność przy laryngofisurze. Był to polip nie wielki, bo wielkości ziarna grochu, usadowiony w przestrzeni międzynalewkowéj na wysokości strun głosowych, które przez niego były do siebie ściągnięte tak, że stale w pozycyi fonacyjnéj się znajdowały i równie jak chrząstki nalewkowe nie rozsuwały się przy oddechu od siebie. Łatwo pojąć, że stan ten znaczną wywoływać musiał duszność. Musimy tu przypuścić, że wytwarzający się między chrząstkami nalewkowemi polip ściągał takowe powoli do siebie aż do zupełnego prawie zbliżenia się. Wobec znacznéj duszności uważałem zabiegi endolaryngealne za zbyt ryzykowne i niepewne, proponowałem więc prof. Obalińskiemu wykonanie laryngofisury z wycięciem następowem polipa. Takowéj dokonał prof. Obaliński przy mojéj asystencyi przy zwieszonéj głowie po poprzednio dokonanéj krykotomii. Polip został wycięty nożyczkami wygiętemi, tampon do krtani założony i rana zeszyta. W trzy tygodnie opuścił chory szpital bez kaniuli z dobrym oddechem i głosem.

7) Siódmy przypadek w tymże roku na wiosnę operowany przedstawiał papilomata na obu przednich łukach podniebienia, na obu więzadłach fałszywych i lewem więzadle prawdziwem. Takowe były jednak nie wielkie tak, że same żadnego zwężenia krtani sprawiać nie mogły. Obok nich jednak więzadła głosowe w tyle po za wyrostkami głosowemi okazywały się spojone tkaniną, występującą z przestrzeni między nalewkowéj jako fałd poprzeczny na tylnéj ścianie krtani. Głośnia przedstawiała się tu eliptycznie ku przestrzeni międzynalewkowéj zakończona, nie dochodzila jednak do płaszczyzny tylnéj ściany krtani, lecz kończyła się zaokrąglonym kątem o parę milimetrów przed nią. Struny głosowe zatem wraz z chrząstkami nalewkowemi pozostawały stale w pozycyi fonacyjnéj. Musiałem tu rozpoznać przerost błony śluzowéj na przestrzeni międzynalewkowéj, który przy wytworzeniu większéj ilości tkanki łącznéj ściągnął do siebie chrząstki nalewkowe i struny głosowe tak, że przy oddechu nie mogły się od siebie oddalić. Ciekawem jest wystąpienie tego stanu obok papilomatów. Jako przyczynę stanu tego przyjąć muszę Störkowski ropotok (*Blennorrhoea*), a to z powodu wybitnie suchego nieżytu nosa i połyku (*rhinitis ac pharyngitis sicca*) obok nieżytu krtani. Zaniku muszel, jak w tak zw. *ozaena* stwierdzić jednak nie mogłem. U chorego wykonałem na oddziale prof. Obalińskiego i w jego obecności krykotomiję, a późniéj laryngofisurę przy zwieszonéj głowie, powycinałem papilomata i wyskrobałem tkankę ściągającą chrząstki nalewkowe za pomocą ostréj łyżeczki. Następnie założyłem tampon i zaszyłem ranę nad kaniulą. Tampon wysunął się jednak choremu na drugi dzień w górę tak, że krtań bez niego pozostała. Wynik operacyi nie był w tym przypadku korzystny, co przypisuję raz zawczesnemu (choć przypadkowemu) usunięciu tamponu, powtóre i temu, że przerosłą na tylnéj ścianie tkankę, która się jako zbita i twarda przy łyżeczkowaniu okazala, może nie dosyć dokladnie i głęboko wyskrobałem. Chory zatem nie chcąc się poddać powolnéj dilatacyi, z kaniulą do domu powrócił.

8) Ósmy przypadek też na wiosnę 1887 r. operowany zupełnie podobny jest do poprzedniego. Była to dziewczyna około 20-tu lat, u któréj na obu więzadłach fałszywych znajdowały się papilomata, więzadła prawdziwe zgrubiałe, brzegi ich zaokrąglone pozostawały stale w pozycyi fonacyjnéj i na zewnątrz się nie rozchodziły, głośnia jednak miała kształt nie eliptyczny, lecz wąskiego trójkąta, którego podstawę stanowił gruby fałd poprzeczny, lub raczéj wzniesienie na tylnéj ścianie krtani. Szczyty chrząstek nalewkowych okazywały się ruchome, spody ich jednak nie oddalały się od siebie przy wdechu Obok tego przedstawiało badanie nosa wybitną „ozaenę“ z bardzo znacznym zanikiem muszel i cuchnieniem, oraz wybitną *pharyngitis sicca* tak, że za przyczynę tego stanu stanowczo przyjąć ropotok Störka należy. W przypadku tym wykonano na oddziale prof Obalińskiego krykotomiję, poczem około tygodnia późniéj przystąpiłem do laryngofisury, którą wykonałem przy zwieszonéj głowie, a rozwarłszy tarcze chrząstki tarczykowéj wyskrobałem przestrzeń międzynalewkową, gdzie znalazłem tkankę twardą i zbitą. Następnie założyłem tampon i zeszyłem ranę. Po tygodniu wyjąłem tampon, a gdy się okazało, że chora dobrze przy zatkaniu kaniuli może oddychać, usunąłem wkrótce i kaniulę. Papilomata usunąłem następnie endolaryngealnie. Zrazu uważałem, że struny głosowe, które się teraz przy wdechu zupełnie normalnie rozchodziły, przy fonacyi zostawiały pomiędzy sobą szparkę, która ku przedniemu kątowi rozszerzała się nieco; po pewnym czasie jednak to znikło i szpara głośni kończyła się kończysto ku przodowi, odpowiednio do tego chora, która świeżo po wyjęciu tamponu miała zupełny bezgłos, wracała powoli do głosu i osiągnęła wkrótce lepszy, niż miała przed laryngofisurą,

lubo zawsze chrypliwy z powodu zgrubienia strun głosowych, o którem powyżéj wspomniano. W rok potem, t. j. r. 1888. przybyła chora do mnie znowu z objawami zwężenia krtani, które zostało sprawione przez przerost błony śluzowéj na przedniéj ścianie krtani w okolicy rany tracheotomijnéj. Zrazu próbowałem zwężenie usunąć za pomocą systematycznéj dilatacyi rurkami kauczukowemi Schröttera, byłem jednak zmuszony i to nagle do wykonania tracheotomii, poczem przerost sie części wyskrobałem łyżeczką i wypaliłem galwanokauterem częścią przez krtań, częścią przez otwór tracheotomijny. Znowu w pół roku późniéj powróciło zwężenie z tejże saméj przyczyny, chora jednak wcześnie przybyła, mogłem więc przez powolną dilatacyję rurkami Schröttera takowe usunąć. W lecie 1889 przybyła chora znowu z miernem zwężeniem, polegającem na przeroście błony śluzowéj pod struną lewą, (*chorditis vocalis inf. hypertrophica unilateralis*) i znowu wykonywałem u niéj dilatacyję rurkami Schröttera. Przy dilatacyi téj już po trzeci raz robionéj miałem sposobność przekonać się, że tchawicę zalega sporo wydzieliny gęstéj, silnie cuchnącéj, co rozpoznanie ropotoku Störka potwierdza. Wydzielina ta zasychając w strupy zwiększa często zwężenie i nie daje się odkrztusić, aż dopiero poruszona rurką przy kaszlu w nią się dostaje. Przez cały ten czas, t. j. obecnie wyżéj 2 lat jak chorą obserwuję, rozchodzenie się chrząstek nalewkowych i strun głosowych na zewnątrz jest zupełnie normalne, ściągająca je dawniéj w tyle włóknista tkanina po wyskrobaniu nie odnowiła się dotąd. Ciekawem jest, że w nosie, gdzie dawniéj wybitna „ozaena“ była, w lecie 1889 spotykamy przerost błony śluzowéj zwłaszcza na dolnéj muszli prawéj i w dnie choany lewéj. Skutkiem tego była zwłaszcza prawa choana znacznie zwężoną. Parotygodniowa dilatacyja doprowadziła do znacznego zmniejszenia zwężenia krtani, nie mogłem jednak w tak krótkim czasie takowego całkowicie usunąć. Dalsze leczenie zostało przerwane z powodu mego wyjazdu, a od tego czasu choréj nie widziałem.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z kliniki chirurgicznéj prof. Rydygiera w Krakowie.

O wilku pierwotnym w krtani.

Podał
Dr. Adam Langie,
elew tejże kliniki.

(Dok. Patrz Nr. 11).

W niektórych wyjątkowych przypadkach przebiega szybciéj, kończąc się w kilku miesiącach. Cierpienie ogranicza się zazwyczaj do saméj tylko krtani, może jednak rozszerzyć się na części sąsiednie, zająć błonę śluzową gardła, jamy noso-połykowéj, jamy ust lub nosowéj, wargi, wyjść nawet na twarz, a więc postępować w odwrotnym kierunku, jak to ma miejsce przy wilku następowym krtani. Przyjść może też do objawów większéj lub mniejszéj *laryngostenosis* na szczęście nie zbyt często, bo Chiari w 33 przypadkach następowego wilka krtani widział 6 razy *Stenosis laryngis* (= 18·1%). Jako następstwa pozostają po chorobie w niektórych przypadkach różne zmiany kształtu i zwężenia skutkiem ściągnięcia się blizn, chociaż jest to o wiele rzadszem niż w przypadkach kiły krtaniowéj. Śmierć rzadko następuje i to najczęściéj skutkiem komplikacyi jak gruźlica, lub rzadko *Oedema glottidis*.

Rozpoznanie wogóle wilka krtani jest trudne, zwłaszcza, że wilk na błonach śluzowych nie przedstawia tych charakterystycznych właściwości jak na skórze. Oprzeć się tu musimy na następujących punktach jak: powolny przebieg, brak przez długi czas wszelkich objawów, niebolesność cierpienia, brak powiększonych lub tylko nieznaczne powiększenie gruczołów, usadowienie się zmian z upodobaniem na nagłośni, objawy przebytych zołzów, stan ogólny dobry, wywiady wykluczające kiłę, wiek chorego, a przedewszystkiem charakterystycznem jest, jeśli znajdziemy równocześnie rozmaite fazy rozwoju obok siebie, jak blizny, owrzodzenia, wybujałości brodawkowate, czego w żadnéj innéj chorobie nie spotykamy, oraz ponowny wybuch cierpienia w saméj, wytworzonéj już bliźnie. Mimo tego najlepsi badacze zgadzają się na to, iż w wielu razach rozpoznanie za życia jest bardzo trudne i tak:

Schroetter (30) powiada, że nawet w przypadkach wilka następowego krtani, w których spotykamy się ze zmianami na skórze i błonach śluzowych, nie zawsze stanowcze rozpoznanie jest możebne.

Stoerk (32) podnosi trudności rozpoznania w razie, gdy żadnych zmian na skórze niespotykamy, powiadając, że odróżnienie od kiły za pomocą samego tylko obrazu wziernikowego nieraz niemożebne.

Mackenzie przyznaje, że rozpoznaje głównie na podstawie badania całego ciała, wywiadów i *ex juvantibus*.

Lefferts [1]) opisując przypadek wilka krtani, zwraca uwagę na podobieństwo ze zmianami gruźliczemi.

Grossmann (10) zwraca uwagę na trudności w rozróżnieniu wilka od raka.

Rauchfuss (28) również twierdzi, iż nie uwzględniając przebiegu zmian na skórze i wywiadów nieraz nie podobna rozpoznać choroby.

Bresgen (4) zaś pisze: „Wilk i trąd jako takie z pewnością rozpoznanemi być mogą tylko wtedy, jeżeli istnieje odnośne schorzenie powłok zewnętrznych; jeżeli schorzenia tego niema, wtedy trudnem jest rozróżnienie wilka od gruźlicy, kiły i raka“.

Widzimy więc, że jeżeli wilk następowy sprawia już takie trudności rozpoznawcze, to cóż dopiero wilk pierwotny, który badamy najczęściéj w późniejszym okresie, gdy już znaczne obrzęki, przerost i zniekształtnienia utrudniają wielce rozpoznanie. Nic więc dziwnego, że w naszym przypadku również dopiero po dokonanéj operacyi badanie anatomiczne i drobnowidowe wykazały rzeczywistą istotę choroby.

Lupus laryngis brać można za następujące cierpienia krtani: *Tuberculosis*, *Syphilis*, *Lepra* i *Carcinoma*. Do odróżnienia zaś posłużyć mogą następujące okoliczności:

1) *Tuberculosis laryngis*: Wybitniejsze tu są zaburzenia czynnościowe: chrypka, bolesność, kaszel, wykrztusina obfitsza, zawierająca sporą ilość prątków Kocha. We wzierniku widać większe zaczerwienienie, naciek jeśli jest, to miększy, części zajęte nie dają uczucia téj twardości przy dotyku, nie ma wyrośli brodawkowatych, lecz rozsiane drobniutkie żółtawe lub białawe gruzełki. Owrzodzenia szybciéj się szerzą, nie są tak dokładnie ograniczone i nie zabliźniają się nigdy. Wogóle cały przebieg cierpienia o wiele jest szybszym. Także umiejscowienie gra tu pewną rolę, gdyż zmiany gruźlicze bardzo rzadko sadowią się na nagłośni, a ważnem też jest uwzględnienie odżywienia, które szybko i wcześnie już podupada.

2) *Syphilis laryngis*: Tu rozpoznanie jeszcze może trudniejsze: kiła często bowiem nagabuje nagłośnię, sprawa jest również niebolesną, objawy podmiotowe prawie takie same, jak przy wilku, ważnem więc jest: badanie całego ciała, wywiady, wynik leczenia przeciwkiłowego. Nadto wrzody kiłowe bywają zazwyczaj głębsze, okrągłe, lepiéj ograniczone, mają brzegi wyniosłe nad otoczenie, a do dna ostro ścięte, zaczerwienione, dno nieregularnie powyżerane, pokryte ropą lub grubym pokładem słoninowatym. Blizny w obu sprawach

[1]) Schmidts *Jahrbücher* 182, p. 145.

prawie jednakowe, tylko syfilityczne więcéj zniekształcają, gdyż ubytki są większe. Przebieg cały wogóle szybszy i częściéj przychodzi do *Perichondritis*.

3) *Carcinoma laryngis:* Przeważają tu zaburzenia czynnościowe, bóle nieraz gwałtowne, chrypka, trudności w połykaniu (*dysphagia*), nadto pojawia się wcześnie *foetor ex ore*, plwociny śmierdzące, często krwawo zabarwione i strzępki rozpadłéj tkaniny zawierające. We wzierniku widzimy wybujałości większe kalafiorowate lub guz jeden rosnący i rozszerzający się szybko, owrzodzenia grzybiaste o brzegach wyniosłych, twardych, pokryte ropą, nie zabliźniające się. Często też przychodzi do *perichondritis* lub *chondritis*, a nowotwór wogóle szybko zajmuje części sąsiednie. Nadto gruczoły podszczękowe i nadobojczykowe oraz szyjne bywają zajęte, odżywienie podupada i rozwija się charłactwo. Rak występuje w wieku późniejszym.

4) *Lepra* przedstawia bardzo wielkie podobieństwo do wilka. Türck (33) i Virchow (*Pathologie der Geschwülste*) zwracają uwagę na przebieg, który jest w trądzie o wiele powolniejszym tak, że czasem całe lata utrzymuje się *status quo*, że częściéj przychodzi do porażenia więzadeł i że zaburzenia czynnościowe wcześniéj niż przy wilku występują; decydującem zaś byłoby znalezienie w wydzielinie prątka swoistego.

Rokowanie. *Lupus laryngis*, jak każda, nawet najlżejsza zmiana anatomiczna w narządzie tak ważnym, jest poważnem cierpieniem, na szczęście zaburzenia groźne rzadziéj się tutaj spotyka. Śmierć z saméj choroby nie następuje, mogą ją wywołać komplikacyje. Wyleczenie może nastąpić, ale zawsze pod grozą recydywy. Wogóle trzeba być przygotowanym na długi przebieg choroby, na nowe wybuchy w okresie gojenia, a nawet już po zabliźnieniu, na rozmaite zwężenia i zniekształtnienia, zajęcie, chociaż rzadkie, ochrzęstnéj i chrząstek i na inne komplikacyje, między któremi najgorsza, niestety często, gruźlica i straszne, na szczęście rzadkie, *oedema glottidis*. Co się tyczy rokowania *quoad functionem*, to trzeba zawsze myśleć o zmianach w głosie, jakie choroba wywołać może, a nawet o mogącym wystąpić bezgłosie, który trwa nieraz bardzo długo lub wcale nie ustępuje.

Leczenie powinno być miejscowe i ogólne.

Pierwsze polega na stosowaniu środków żrących wprost na miejsce dotknięte chorobą, jak: tuszowanie *cum. nitrate argenti*, pędzlowanie rozczynem *zinci chlorati*, *ac. chromici*, *ac. lactici* lub *kali caustici*; można też stosować *tinc. jodi* z gliceryną āā, dobre wyniki otrzymano przez wdmuchiwanie jodoformu. Najlepsze jest przypalanie termokauterem, przyrządami galwanokaustycznemi, skrobanie ostrą łyżeczką i skaryfikacyje. Środki te działają szybko i wywołują zabliźnienie. Wprawdzie przy łyżeczkowaniu i skaryfikacyjach traci chory więcéj krwi, ale to nie powinno niepokoić, gdyż krwotok ten nie trwa długo i sam z siebie ustaje. Który z tych środków wybrać, zależy od przypadku: w lżejszych następuje polepszenie, a nawet wyleczenie po pędzlowaniach jodem lub lapisem, w innych trzeba działać energiczniéj, uciec się do przypalania lub skaryfikacyi. Zawsze trzeba być przygotowanym na tracheotomiję, gdyby wystąpiła zagrażająca życiu duszność. W przypadkach *laryngostenosis* nie grożącéj życiu poleca Chiari wprowadzanie zgłębników Schrötterowskich, które nietylko rozszerzają światło, ale wprost mechanicznie niszczą wyrośle wilkowate. Leczenie ogólne polega, jak wogóle przy wilku, na wzmocnieniu odporności organizmu, przedewszystkiem więc odgrywają tu ważną rolę: *tonica* i *roborantia*. Najlepsze usługi oddaje tran (Türck, Jurasz, Rauchfuss). Nie potrzeba tylko podawać bardzo wielkich ilości, aby nie sprowadzić zaburzeń w trawieniu. Neisser poleca podawać tran z kreozotem lub jodem (*Rp. Ol. jecor. aselli 200·0, Kreosoti 1·0*; albo *Rp. Ol. jecor. aselli 200·0. Jodi puri 0·1*). Doutrelepont wspomina o pomyślnych wynikach, otrzymanych przez stosowanie przetworów arsenu. Niektórzy polecają przetwory żelazne, mianowicie *ferrum jodatum*, które ma działać wolno, ale dobrze. Co się tyczy *Kali jodatum*, zdania są podzielone, niektórzy utrzymują, że wcale nie działa. Próbowano też podawać wewnętrznie jodoform, ale wybitniejszych wyników nie otrzymano. Także polecają cały szereg wód mineralnych, zawierających arsen, jod i brom. Jako środki pomocnicze ważne są: pobyt w dobrem, czystem powietrzu, w klimacie umiarkowanym, pożywna dyjeta, kąpiele, gimnastyka, wogóle zachowanie wszelkich przepisów hygijeny.

III. Orzeczenia sądowo-lekarskie Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Seryja druga.

XVIII.

Śmierć naturalna, czy z uduszenia.

Podał

Prof. Dr. Blumenstok.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 11).

Po uskutecznieniu téj czynności sędzia śledczy zawezwał obducentów pierwszych i udzielił do odczytania protokół pierwszéj sekcyi z dnia 16 września 1888, tudzież orzeczenie znawców lwowskich i zapytał ich, czy pozostają przy swojem pierwotnem orzeczeniu, że denatka zmarła śmiercią naturalną lub przystępują do zdania znawców lwowskich; daléj zapytał się, czy przy obdukcyi zwłok denatki nie znaleźli pieprzyka na szyi lub twarzy, żebra spróchniałego lub śladów od duszenia na szyi, o których wspomina pierwszy sędzia śledczy w protokóle oględzin, na co pp. obducenci odpowiedzieli:

Po odczytaniu orzeczenia pp. znawców lwowskich i podanego przez nas w dniu 16/9 z. r. orzeczenia, oświadczamy, że nie widzimy się spowodowani odstąpić od naszych pierwotnych zapatrywań, a to z następujących względów:

1) Obraz denatki po śmierci okazywał wprawdzie pewne obrzmienia na twarzy wraz z lekką sinością, a z otworów nosowych, tudzież z jamy ust wypływała krew płynna, spieniona. Obraz ten jest dość zwykłym przy uduszeniu jakimkolwiek sposobem spowodowanym, nie chcemy atoli twierdzić stanowczo, żeby przy braku wszelkich śladów duszenia na szyi, tudzież przy braku wszelkich oznak z bronienia denatki pochodzić mogących, z obrazu tego jedynie już o śmierci gwałtownéj z uduszenia wnosić należało. Objaw ten bowiem jest wspólnym i śmierciom z innych przyczyn, względnie krążenie krwi tamujących wspólnym. I tak każden rodzaj śmierci wywołany kurczem głośni, śmierci wskutek eklampsyi i t. p. może pozbawić rychło życia i siność twarzy wywołać.

2) Na obecność pieprzyka prawdopodobnie nie zważaliśmy, gdyż nie chodziło nam wówczas o sprawdzenie identyczności osoby, ile o wykrycie przyczyny śmierci; dla pierwszéj sprawy zanotowanie takiego pieprzyka jest niezbędnie ważne, dla drugiéj obojętne.

3) Denatki nieznaleźliśmy w swem pierwotnem położeniu, to jest nie na miejscu czynu, albowiem tę czynność do opisania wziął na się sam p. Sędzia. Była ona już ułożoną

na wznak w ten sposób, jak się zwykło sekcyjonować. Zewnętrznie obrażeń żadnych na tułowiu, względnie klatce piersiowéj, nie dało się spostrzegać; otwierając zwykłym sposobem klatkę piersiową, t. j. przecinając chrząstki żebrowe po obu stronach mostka, nie zauważaliśmy również i po stronie wewnętrznéj klatki piersiowéj niezwykłéj ruchomości, któraby na złamanie żebra nas naprowadzić mogło. Sądzimy więc stanowczo, że złamanie zupełne żebra miejsca mieć nie mogło.

4) Sądzimy ponownie wbrew twierdzeniu pp. lekarzy lwowskich, że obrażenia lekkie ostrem narzędziem na szyi wywołane, li tylko do powierzchownéj warstwy skóry się ograniczające, lekko od górnéj strony lewéj ku stronie prawéj i dołowi skierowane, równolegle zbiegające, a więc przez rękę spokojną poprowadzone, nie były ręką obcą wywołane przy przecinaniu szalu, chustki itp. Sądzimy bowiem, że napastnikowi o wiele łatwiéj przyszłoby było chustkę poprostu rozwiązać lub zedrzeć przez wierzch głowy, aniżeli w warstwach tnąc, powoli przecinać, aby końcem noża ciało w ten sposób skaleczyć. Zmarła lubiała oddawać się trunkom, miała liczne wady, a między temi cierpienie nerek dłuższy czas trwające. Osoby takie nawiedzane są często myślami przykremi, podobieństwo z zadumą mającemi i skłonne są w chwili smutku targnąć się na swe życie. Równoległe, płytkie, spokojną ręką prowadzone cięcia zdają się za tem przemawiać.

5) Panowie znawcy lwowscy fałszywie zaraz na pierwszéj stronicy protokół cytują i tak wspominają, że istota korowa miała być mocno zwężona, podczas gdy w protokole naszym jest wyraźnie powiedziane: „istota korowa jest przytem nieco obrzmiałą“ t. j. grubszą i po nacięciu reszty partyi lekko wzniosłą. Z protokółu tego dostrzedz się daje, że cierpienie nerek było tu przewlekłem, o czem grudkowatość i zanik miejscowy świadczy, lecz że przytem sprawa w ostatnich czasach prawdopodobnie wskutek pijatyki i wskutek zaziębienia silnie się zaostrzyła, w ten sposób, że obok przekrwienia i obrzęk znaczny istoty korowéj się dołączył. Stan taki może wywołać nagłe wstrzymanie wydzielenia moczu (*suppressio urinae*), a w następstwie tego i śmierć nawet dość rychło. Parę przypadków z tak gwałtownym przebiegiem znamy z własnego doświadczenia. O więcéj rzeczach nie myślimy na razie mówić, sądzimy bowiem, że w pierwotnem naszem orzeczeniu zapatrywania nasze należycie uzasadniliśmy. W ogólności chcąc być słusznym, nie możemy wszelkiej możliwości spowodowania śmierci gwałtem wykluczyć; jeżeli się atoli do naszego pierwotnego zdania nachylamy, to czynimy to li tylko przez wzgląd na brak dostatecznych danych, którebyśmy w związku ze śmiercią gwałtowną wywodzić mogli.

P. sędzia w B. ze swéj strony wyjaśnił, że na szyi denatki znalazł tylko rany cięte niekrwawiące, które uważał za pogniecenie i dlatego w protokóle wspomniał o śladach duszenia.

Po załatwieniu tych czynności Sędzia śledczy przesłał akta śledztwa w d. 29 lipca 1889 r. do Wydziału lekarskiego z następującą odezwą: „Z uwagi, że lekarze, którzy obdu- „kowali w dniu 16 września 1888 r. zwłoki Tekli T. orze- „kli, że ona nie umarła wskutek czynów gwałtownych i jako „prawdopodobną przyczynę śmierci podali zatrucie krwi mo- „czem, lekarze zaś lwowscy orzekli, że kobieta zmarła śmier- „cią gwałtowną przez uduszenie, a pierwsi lekarze, którym „przedstawiono orzeczenie lekarzy lwowskich, przy zdaniu „swojem pierwotnem pozostali, zatem wątpliwość co do przy- „czyny śmierci Tekli T. w powtórnem przesłuchaniu znawców „usuniętą nie została, Izba radna c. k. Sądu Krajowego po „wysłuchaniu c. k. Prokuratora Państwa postanowiła akta „sprawy Antoniego S. o morderstwo rozbójnicze przesłać „świetnemu Wydziałowi Lek. U. J. z prośbą o wydanie orze- „czenia co do przyczyny śmierci T.“.

Po wyczerpującem roztrząsaniu sprawy Wydział Lek. wydał następującéj treści orzeczenie:

Tekla T. lat 30 do 33 liczyć mogąca, wydaliła się z W. w połowie lipca 1888 roku, a dnia 15-go września 1888 roku znaleziono ją bez życia w szopie budnika w B., jak opiewa pierwsze doniesienie, w słomie ukrytą. Podczas gdy drzwi od szopki były od zewnątrz zamknięte, ciało martwe leżało na wznak, mając twarz posypaną sianem i przykrytą chustką, odnogi zaś dolne odkryte w nieprzyzwoity sposób, jak się wyraża budnik, który pierwszy wszedł do szopki. Sekcyja, uskuteczniona dnia następnego prócz dwóch ran rzniętych na szyi, których jednak jako całkiem powierzchownych panowie obducenci słusznie nie mogli uznać jako w związku ze śmiercią kobiety będące, nie wykazało żadnych innych śladów obrażenia; nie znaleziono jednak i wybitnych zmian anatomicznych, śmierć wytłumaczyć mogących, tak, że pp. obducenci słusznie znów mając na uwadze możność otrucia, przechowali treść żołądka dla ewentualnego dochodzenia chemicznego. Dopiero w nerkach znalazłszy pewne zmiany uznali takowe za przyczynę śmierci naturalnéj. Według ich pojęcia Tekla T. z jakiegoś powodu zamierzyła odebrać sobie życie przez poderznięcie gardła, zamiaru tego atoli nie dokonała, a czując ból miała zatkać sobie rany watą, następnie zaś umarła szybko śmiercią naturalną z mocznicy, powstałéj wskutek cierpienia nerek. Gdy Teklę T. widziano po raz ostatni zdrową i nieranioną o godz. 4-téj popołudniu, a następnego dnia zrana znaleziono ją martwą, więc tak usiłowane poderznięcie gardła, zatykanie ran watą, co przecież tylko w stanie przytomnym odbyćby się mogło, jakoteż nagły napad mocznicy i śmierć w napadzie w tym czasie i na tem miejscu nastąpić musiały.

Jeżeli już sam przebieg ten w wysokim stopniu jest nieprawdopodobnym, jeżeli nadto uderzać musi, że ani na trupie, ani na szatach, ani w otoczeniu nigdzie śladu krwi nie znaleziono, a przecież rany za życia powstałe broczą przez czas dłuższy, to protokół sekcyi wreszcie nie daje podstawy do przypuszczenia, że Tekla T. umarła z mocznicy i przeciwnie brak obrzęku mózgowego i przekrwienie mózgu przemawiają raczéj przeciw niéj; trudno także przypuścić tak szybki i śmiertelny przebieg mocznicy u osoby poprzednio zdrowéj, w kwiecie wieku znajdującéj się, bez wymiotów, których śladu nigdzie nie znaleziono, bez drgawek, za istnieniem których przynajmniéj nic nie przemawia. Nawet twierdzenie pp. obducentów, iż Tekla T. wogóle cierpiała chorobę nerkową, nie jest należycie uzasadnione wskutek opisu niedokładnego, w szczegółach sprzecznego, a przypuszczony przez nich związek pomiędzy chorobą nerek a powiększeniem serca również wcale nie jest przekonywającym.

Z tych powodów Wydział Lekarski nie może zgodzić się ze zdaniem pp. obducentów, jako Tekla T. umarła z mocznicy, jak też nie podziela zdania ich, jakoby sama miała zadać sobie rany na szyi znalezione. Rozstrzygnięcie pytania, czy rany rznięte na szyi, jeżeli niema równocześnie innych ran na innych miejscach wyborowych, pochodzą od własnéj lub cudzéj ręki, należy do najtrudniejszych zadań lekarza sądowego. Chcąc bowiem sądzić z pewnością o kierunku rany rzniętéj, a tem samem ocenić, czy bieg jéj od-

powiada ręce własnéj osoby obrażonéj, wypadałoby wiedzieć, gdzie jest miejsce wcięcia, a gdzie miejsce wycięcia. Oznaczenie zaś tych miejsc jest wogóle prawie niepodobnem, a w danym przypadku nadto kierunek ran w protokóle nie jest dokładnie opisany. Przedewszystkiem z opisu wcale nie wynika niewątpliwie, iż dwukrotny był zamach, a wcale możebną jest rzeczą, że obie rany powstały wskutek jednego zamachu, że więc jedna rana była tylko dalszym ciągiem drugiéj, przedzielona od niéj mostkiem skóry nieuszkodzonéj, jak to bywa często, gdy prowadzi się cięcie na skórze pofałdowanéj; powtóre, a co najważniejsza, ani protokół sekcyjny, ani okoliczności uboczne wcale nie dostarczają dowodu, iż rany te niewątpliwie powstały za życia Tekli T., albowiem nie ma wzmianki o podbiegnięciu krwią brzegów rany, a na trupie, na szatach, na sianie, zgoła nigdzie ani kropli krwi nie spostrzeżono; co raczéj przemawia za tem, że rany te zdziałane zostały dopiero po śmierci Tekli T., a więc jéj własną ręką zadane być nie mogły. Wprawdzie pp. obducenci w orzeczeniu swem wspominają, że rany w mowie będące według podania osób, które Teklę T. po śmierci oglądały, miały być watą zatkane. Okoliczność ta nie byłaby bez znaczenia, gdyby była prawdziwą; jednak w aktach śledztwa nigdzie niema śladu o podobnem twierdzeniu owych osób, a pp. obducenci znaleźli wprawdzie watę w przewodach usznych, ale o wacie na szyi wcale nie wspominają. Tym sposobem i przypuszczenie usiłowanego samobójstwa okazuje się nieuzasadnionem. Nie zapuszczając się w domysły co do powstania tych ran, Wydział poprzestaje na oświadczeniu, że one z największem podobieństwem do prawdy powstały dopiero po śmierci Tekli T.

Uwzględniając okoliczność tę jakoteż warunki, wśród których i położenie, w którem T. znaleziono bez życia, Wydział zmuszonym się widzi do przypuszczenia, że śmierć jéj nie była naturalną, lecz gwałtowną. Wniosek ten nasuwa się z koniecznością, w przeciwnym bowiem razie, gdyby się przypuszczało śmierć wprawdzie szybką, ale naturalną, n. p. z porażenia serca lub uduszenia wewnętrznego, niepodobną byłoby rzeczą wytłumaczyć sobie owego położenia (z odsłoniętemi nogami i twarzą zakrytą sianem i chustką), a które to położenie przez anologiję ze znanemi w praktyce sądowo-lekarskiéj przypadkami nasuwa domysł, że Tekla T. krótko przed śmiercią spółkowała cieleśnie, zwłaszcza gdy miejsce obok trupa w sianie wytłoczone wskazywało, że obok Tekli T. osoba druga prawdopodobnie się znajdowała.

Wynik sekcyi, a mianowicie płynność krwi i brak zupełny w niéj skrzepów dowodzą niewątpliwie, że Tekla T. umarła śmiercią szybką, a brak zmian anatomicznych, śmierć w inny sposób tłumaczyć mogących, zniewala do przypuszczenia, że przyczyną śmierci szybkiéj Tekli T. było uduszenie. Do tego wniosku dochodzi się drogą wykluczenia innych przyczyn śmierci, jak wogóle tylko tą drogą dojść można do wniosku o śmierci z uduszenia, ponieważ nauka dotychczas nie zna pewnych cech anatomicznych, śmierci z uduszenia dowodzić mogących. Śmierć z uduszenia może nastąpić tak z przyczyn wewnętrznych, jak z zewnętrznych czyli gwałtownych; jeżeli zaś, jak w danym przypadku nie ma podstaw do przypuszczenia uduszenia z przyczyn wewnętrznych, przypuszczenie uduszenia gwałtownego jest usprawiedliwione, zwłaszcza, jeżeli jak znów w danym przypadku i okoliczności uboczne (miejsce, położenie, przykrycie twarzy) za tem przemawiają, a przypuszczenie to jest usprawiedliwione pomimo braku śladów zewnętrznych. Jak bowiem obecność śladów duszenia jeszcze nie dowodzi śmierci z uduszenia, tak brak ich jeszcze nie przemawia przeciw uduszeniu, jak to widzimy n. p. w notoryjnych przypadkach powieszenia się, jeżeli użyto narzędzia gładkiego, pulchnego, lub jeżeli narzędzie zostało założone przez brodę lub chustkę na szyi znajdującą się. Tak też u Tekli T. zatkanie ust i nosa chustką lub ucisk wywarty na szyję za pomocą chustki były zupełnie dostateczne do wywołania śmierci szybkiéj przez uduszenie, nie pozostawiwszy śladu widocznego.

Z tych powodów Wydział Lekarski, uwzględniwszy wszystkie okoliczności, w przypadku niniejszym zachodzące, oświadcza, że Tekla T. z największem podobieństwem do prawdy, umarła śmiercią gwałtowną z uduszenia, a tem samem zgadza się z orzeczeniem pp. znawców lwowskich. (D. n.).

IV. Z oddziału położniczo-ginekologicznego prof. Dra Madurowicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Sprawozdanie za rok 1888.

Podał

Dr. W. Harajewicz,

sekundaryjusz tego oddziału.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 10.)

Na podstawie powyższéj obserwacyi rozpoznano: *Partus-Endometritis puerperalis septica, squ. peritonitide universali.*

Sekcyja wykazała: „*Ruptura port. vag. partis dextrae. Endometritis-vaginitis ac cystitis diphteritica septica insignis. Exsudatum peritonei tum parametrii septicum insigne etc. etc. Sepsis in puerpera.*“

W przypadku tym, jak to jest widoczną rzeczą, próby i zabiegi w celu ukończenia porodu czynione, stały się przyczyną niepomyślnego zakończenia połogu. Przebieg sam tegoż nie przedstawia wprawdzie nic nadzwyczajnego w podobnych okolicznościach, bo wszystkie objawy odpowiadały zakażeniu ogólnemu z części rodnych wychodzącemu; muszę wszakże na miejscu tem wspomnieć o rzeczy, którą niestety prawie na porządku dziennym natrafić można. Tyczy się to mianowicie skutków z wykonywanéj praktyki położniczéj po wsiach przez osoby do tego ani powołane, ani wybrane.

Statystyka śmiertelności położnic na prowincyi zasilaną jest w znacznéj liczbie przypadków przez to, że pomoc, a raczéj zaszkodzenie udzielonem zostało rodzącéj przez tak zw. babki wiejskie, które pojęcia nie mając o położnictwie, gdyż nie uczyły się takowego, na własną rękę używają odwiecznych środków w wiejskiéj praktyce zachwalanych. W takich razach występuje wybitnie na jaw wielki brak umiejętnych akuszerek po wsiach, ze szkodą naturalnie niepowetowaną ubogiéj pracującéj ludności.

II. To samo poświadczający przypadek odnosi się do położnicy M. Z. z Krowodrzy, l. 21, wolnéj. Poród u niéj odbył się 21/7 1888 r. w domu. Że jednak łożysko samo odejść nie chciało, przeto znowu kobieta pielęgnująca rodzącą ręcznie je wydobyła. W trzy dni dostała gorączki, a że stan się nie poprawiał, przeto odwieziono chorą do szpitala, gdzie 27/7 1888 r. na oddział położniczy przyjętą została. Stan jéj podczas przyjęcia już nie pozwalał wątpić o zakończeniu się sprawy chorobowéj. Ogólne osłabienie, zapad, wzdęcie i bolesność brzucha, tętno liche 136 przy ciepłocie 40° uprawniały do rozpoznania posocznicy, wynikłéj skutkiem septycznego rozkładu w macicy. Pomimo przestrzykiwań sublimatem 1:2000 jamy macicy i zakładania do niéj czopków jodoformowych odchody brudne nie zmieniły się, a podawane środki podniecające nie były już w stanie pomyślnego skutku wywrzeć. Chora 30/7 o g. 10 rano umarła.

Rozpoznanie anatomiczne brzmi: *Endometritis et salpingitis septica, squ. peritonitide septica.*

Wyjęcie ręczne zatrzymującego się łożyska, chociaż nie należy do operacyj obojętnych, wykonywane jednak pod kautelami ścisłéj antiseptyki traci zazwyczaj charakter niebezpiecznego zabiegu. Gdy atoli przedsiębranem jest w sposób nieodpowiedni, a szczególniéj jak w danym przypadku, przez osobę jakąś, która o zastosowaniu i koniecznéj potrzebie czystości pojęcia wido-

cznie nie miała, staje się wprost życiu operowanéj grożącem skutkiem następstw z zaniedbania wynikłych.

Są to wprawdzie dwa tylko na razie przypadki, ale które w najbliższem sąsiedztwie Krakowa miały miejsce, cóż więc dopiero dziać się musi w odleglejszych od głównych punktów wsiach, pozbawionych wszelakiéj opieki i pomocy ze strony lekarza lub położnéj.

III. A. W., l. 28, zamężna, wieloródka, przywieziona została na oddział położniczy jako rodząca w I okresie porodu. Z wywiadów okazało się, że pierwszy poród przed 2 laty odbywał się bardzo ciężko i płód dopiero za pomocą wymóżdżenia wydobyto. W połogu chorowała wówczas przez parę miesięcy i od tego czasu do zdrowia dawnego nie powróciła. W czasie drugiéj ciąży czuła się prawie ciągle niezdrową i osłabioną, a od tygodnia skarży się na silny ustawiczny prawie ból w krzyżach i w brzuchu.

Stan jéj obecny był następującym: Osoba nieźle na pozór zbudowana, dobrze odżywiona. Ciepłota ciała 38·5°, tętno 100. Płuca i serce zdrowe. Brzuch wzdęty w całości, przy obmacaniu nieco bolesny. Położenie płodu czaszkowe I. Bóle od kilku godzin dosyć silne. Wymiary miednicy 24, 26, 18. Badanie wew. wykazuje ujście zewnętrzne rozwarte na 20 ct. o brzegach nieco nabrzmiałych, warga zaś przednia jako obrzmiały wałek zachodzi tak, że prawie całe ujście zakrywa. Pęcherz płodowy na pęknięciu, główka w wymiarze poprzecznym ustalona.

Z powodu tego stanu ujścia zew. i brzegów jego podawano kąpiele nasiadowe ciepłe. Wśród tego pęcherz pękł po południu 25/2, lecz ani główka się nie obniżała mimo bólów, ani ujście się nie rozwierało. Rano dopiero 26/2 można było założyć kleszcze na główkę poprzecznie we wchodzie ustaloną. Po kilkunastu silnych pociągnięciach uwolniono główkę, ale międzykrocze pękło aż do otworu stolcowego. Z powodu krwawienia silnego wydobyto zaraz łożysko i zeszyto międzykrocze 6 jedwabnemi szwami. Krwawienie ustało. Macicę przestrzykano dokładnie 3% kw. karbol., gdyż wody, które po wyjęciu płodu wyszły, cuchnęły znacznie. Pomimo tego jednak, że macica dobrze się skurczyła, brzuch pozostał wzdętym i bolesnym, co rokowanie bardzo wątpliwem czyniło. Istotnie też ciepłota zwalniająca, tętno słabe i liczne, do 140 dochodzące, odchody brudne i cuchnące, jako też wzdęcie brzucha, bolesność jego, biegunka i zapad, który się pojawił 1/3 uprawniały do rozpoznania *Endometritis puerperalis septica squ. peritonitide septica* i do najgorszéj prognozy. Istotnie też d. 5/3 mimo wszelkich środków i zabiegów lekarskich chora o godz. 8 wiecz. umarła wśród objawów ostrego zapalenia otrzewnéj.

Sekcyja wykazała: „*Endometritis septica. Involutio uteri completa. Exsudatum peritonei septico-purulentum, Exsudatum parametricum insigne, nec non textus retroperitonealis. Ecchymoses pleurae utriusque recentes, numerabiles. Degeneratio adiposa musculi cordis, hepatis ac renum. Tumor lienis acutus. Cystitis catarrhalis.*“

Wśród wszystkich szczegółów odnoszących się do zmian po śmierci znalezionych najwięcéj uderza jeden, który osobno przytoczę, a który najprawdopodobniéj przedstawia zmianę chorobową, stanowiącą punkt wyjścia dla reszty zmian patolog.

Po ustępie skreślającym dokładny obraz septycznego zapalenia błony śluzowéj i warstwy podśluzowéj macicy, znajduje się następujący opis: „Na około macicy w tkance łącznéj i w górę po za otrzewną aż prawie do kręgów piersiowych rozpościera się naciek ropny rozległy. Kręgi i kości utrzymane.“ Naciek ten w całości bardzo duży odpowiadałby wprawdzie czasowi trwania połogu nieprawidłowego, bo 10 dni trwającego, jednakże pewne okoliczności pozwalają na przypuszczenie, iż początek rozwoju jego odnieść należy do okresu ciąży, sam poród poprzedzającego. Za motywa do tego posłużyć mogą te objawy, które wskazują na przebieg jakiejś zmiany patologicz. w jamie brzusznéj, która zdradzała się boleściami w brzuchu i w krzyżach, wzdęciem brzucha przed porodem jeszcze, podniesieniem ciepłoty przed i wśród porodu i tętnem wskazującem ważniejszą jakąś sprawę w organizmie nurtującą. Gdy dodamy do tego jeszcze i objawy z wywiadów zaczerpnięte, jak osłabienie szczególnie w końcu ciąży, dreszcze i gorączkę, to mimowoli nasuwa się przypuszczenie, że przecież ta straszna dewastacyja, jaką preparat anatomiczny wykazał, musiała się już dawniéj zacząć, a przez akt porodu pobudzona doszła szybko do tak wielkich rozmiarów.

Wiemy, że pierwszy połóg przebiegał z niebezpieczeństwem dla życia, musiały być zatem już wówczas znaczne zmiany, o których wszakże nic bliższego wiedzieć nie możemy, czy ustąpiły całkowicie, czy też pozostawiły po sobie jakie remanenta. Że zaś chora, o któréj mowa, podawała, iż w okresie czasu od porodu pierwszego do drugiego czuła się zawsze słabą, można przypuścić, iż dawniejsza zapalna sprawa nie ukończona w zupełności pozostawiła po sobie, jak się to czasem zdarza, ognisko jakieś, które świeżą ciążą i aktem porodu pobudzone do życia stało się punktem wyjścia następnie tego patologicznego procesu, który życiu choréj kres położył.

IV. C. S., izrael. l. 18, przybyła do szpitala na oddz. III położniczy dnia 1/8 1889 r. jako ciężarna w ostatnim miesiącu. Badanie wówczas przedsiębrane wykazywało osobę licho zbudowaną i dosyć nędznie odżywioną, obrzęki surowicze koło kostek, w płucach ani w sercu żadnych wybitnych zmian. Ciąża I, położenie płodu czasz. II.

W takim stanie przebyła aż do 15/8, w którym to dniu nad ranem urodziła prawidłowo płód płci męskiéj donoszony, żywy. Tego samego dnia zaraz zaczęła uskarżać się na dolegliwości w brzuchu, a ciepłota przed południem mierzona wynosiła 39°, tętno 92. Brzuch wzdęty, tkliwy, macica twarda sięga do pępka. W moczu nieco białka.

16/8 40° — 100, wieczorem 40·2°, tęt. 106. Macica bolesna, brzuch wzdęty jak dnia poprzedniego. Odchody nie zupełnie czyste, obrzęk kończyn dolnych znacznie mniejszy. Podano kwasek, chininę 0·30 2 razy dziennie i okład wysechający.

17/8 40°, tęt. 106—40·1°, tęt. 104. W płucach nic charakterystycznego oprócz objawów nieżytu oskrzeli, śledziona nie macalna, ale powiększona, co wypukiem daje się stwierdzić. Obrzęk kostek ustąpił. Stan części rodnych jednaki. Polecono przestrzykiwanie pochwy 3% kw. karb. na pół z wodą ciepłą zmięszanym.

18/8 40°, wieczorem 40·1°, tętno słabsze. Macica lepiéj skurczona. W płucach świsty i rzężenia dosyć liczne.

19/8 39·5° — 110, wieczorem 39·5, tęt. 116. Tętno liche, małe. W płucach bardzo liczne rzężenia, świsty i furczenia. Macica miękka, ciastowata, bolesna, również jak i jéj okolica, odchody czyściejsze, czerwone. Stan ogólny bardzo lichy.

20/8 38·5°, tęt. 126. Tętno bardzo nikłe, nitkowate, ogólne osłabienie znaczne. Bolesność macicy i jéj otoczenia znaczna. W piersiach klucie. Osłuchiwanie wykazuje bardzo liczne na całéj przestrzeni furczenia i rzężenia. W moczu dużo białka. Rozpoznano *Tuberculosis miliaris acuta in puerpera.*

20/8 o g. 9½ wiecz. umarła.

Sekcyja stwierdziła następujące zmiany: „*Leptomeningitis tuberculosa, tum ad basim, tum ad convexitates utriusque hemisphaerae cerebri, circumsripta. Encephalitis tuberculosa ad lobum frontalem inferiorem sinistrum, ac lobum paracentralem dextrum circumscripta. Oedema inflammatorium cerebri. Tuberculosis miliaris insignis, pleurae utriusqe, pulmonum, hepatis, lienis, renum, retinae, ac glandularum bronchialium Degeneratio caseosa unius glandulae mesaraicae, et tuberculosis miliaris omnium restantium. Oedema acutum pulmonum, bronchitis diffusa. Degeneratio parenchymatosa musculi cordis. Hypoplasia insignis aortae. Degeneratio adiposa hepatis. Tumor lienis acutus. Involutio incompleta uteri. Endometritis puerperalis diphteritica, ad portionem vaginalem solum circumscripta, levioris gradus. Exsudatum peritonei sero-fibrinosum ac peritonitis sero-fibrinosa recens-diffusa.*“

Nic wprawdzie nowego co do przebiegu choroby przypadek ten nie pokazuje, niezwyczajnym jednak jest z tego powodu, że szukając źródła zakażenia całego organizmu nie możemy nic innego znaleźć, jak tylko ów jedyny gruczoł kreskowy, który zmienionym był serowato.

Ani płuca, ani krtań, ani jelito nie przedstawiały żadnych zboczeń takich, którymby należało przypisać winę uogólnienia miejscowéj choroby, jak również nigdzie nie znaleziono nic podobnego. Nie pozostaje więc, jak zwrócić się do tego małego ogniska gruźliczego i w nim szukać przyczyny gwałtownego rozwoju choroby, wywołanego przez wstrząśnienie organizmu wśród porodu i połogu.

Rozwój zaś, jak to z historyi choroby widać, nadzwyczaj gwałtownie postępował tak dalece, że dopiero w 3 dniu połogu, gdy ogólny stan bardzo niepomyślnie już się przedstawiał, wystąpiły objawy zajęcia organu oddechowego.

Widocznie jednak sprawa gruźlicza musiała na ostatku dopiero zająć centralny układ nerwowy, gdyż w czasie obserwacyi nie można było stwierdzić ani porażeń, ani drgawek, zmian w źrenicach nie zauważano, ból zaś głowy, na który chora się uskarżała, nie dawał jeszcze dostatecznéj przyczyny do rozpoznania specyjalnie zajęcia mózgu sprawą chorobową. Białko w moczu tak szybko się powiększyło w ciągu 3 dni, że można było ostatecznie przypuścić specyficzną zmianę w nerkach, ale mieściło się to już w ogólnem rozpoznaniu.

Co się zaś tyczy zmian degeneracyjnych na błonie śluzowéj macicy, to inaczéj nie można przypuścić, jak tylko, że były następowemi. A to dla tego, iż znaleziono je dopiero w początku rozwoju, chociaż chora w 6 dniu połogu umarła i tak nieznaczne, że trudno byłoby przypuścić pierwotne zakażenie w tych częściach, gdy i objawy za życia nie odpowiadały w zupełności takiemu obrazowi. (Dok. nast.)

V. Z praktyki prywatnéj.

Przyczynek do sprawy plantacyi zębów.

Podał

Dr. Ferdynand Obtułowicz.

Kol. Szymkiewicz w wyczerpującéj rozprawie o plantacyi zębów poruszył sprawę obchodzącą żywo nie tylko specyjalistów, ale i cały ogół lekarzy, zwłaszcza zaś lekarzy praktykujących na prowincyi, którzy z potrzeby muszą wykonywać i praktykę dentystyczną. Celem zwiększenia kazuistyki na tem polu dorzucam i ja moje spostrzeżenie. Przed 4 laty zgłosiła się do mnie młoda izraelitka (18-letnia) R. K. ze zwartemi arkadami zębów ładnych i dobrze utrzymanych, uskarżając się na nieznośny ból w pierwszym zębie licowym po stronie prawéj, który jéj przez kilka nocy spać nie pozwolił. Ponieważ dokładne obejrzenie zębów, a zwłaszcza zęba bolącego w ściśniętéj arkadzie zębowéj nie zdołało wykazać żadnéj próchnicy, a opukiwanie zęba bolącego stwierdziło niewątpliwie, że ten właśnie, a nie inny ząb sprawia ból nieznośny, przeto ulegając natarczywym żądaniom pacyjentki, która na żaden inny sposób leczenia zgodzić się nie chciała, postanowiłem ząb ten wyciągnąć, a w razie nieznacznéj sprawy próchnicowéj zaplombować go i wstawić napowrót w zębodół.

Ekstrakcyja udała się łatwo, a dokładne obejrzenie zęba wyciągniętego okazało jamkę próchnicową usadowioną z boku wewnętrznego zęba i tak zakrytą przez ząb sąsiedni (kieł), że tylko domyślać się jéj można było. Ząb należycie wymyty w kwasie karbolowym nie okazywał żadnéj chorobowéj zmiany w korzeniu i otaczającéj go okolicy; jamka próchnicowa wielkości grochu dała się z łatwością wyskrobać, a po wymyciu kwasem karbolowym 5% wypełnić cementem. Po oczyszczeniu zębodołu ze skrzepów krwawych i wymyciu znów wacikiem zanurzonym w kwas karbolowy, wstawiłem pacyjentce zęba napowrót w odpowiedni zębodół i przymocowałem go do zębów sąsiednich za pomocą drucika srebrnego. Chora była z tego obrotu rzeczy bardzo zadowoloną, bo pozbywała się szpecącéj ją luki w ściśniętéj arkadzie białych i pięknych zębów i przyrzekła znieść lekki ból w danym razie, oczekując zapowiedzianego przyrośnięcia zęba. Po dwóch tygodniach nastąpił w istocie rezultat oczekiwany, ząb przyrósł dość dobrze, a w kilka tygodni późniéj przechwalała się chora, że zębem tym nawet orzechy gryźć może. Przed rokiem widziałem tę pacyjentkę; ząb trzyma się doskonale i żadnych bólów w nim nie doświadcza.

W 2 przypadkach udało mi się zęby zdrowe wyciągnięte przez pomyłkę przez cyrulików zamiast zębów chorych po należytem oczyszczeniu zębów i zębodołów wstawić napowrót i w obu tych przypadkach nastąpiło przyrośnięcie. Na wystawie budapeszteńskiéj w r. 1886 (we wrześniu) widziałem bardzo ładne okazy odnoszące się do sprawy replantacyi i transplantacyi zębów, a prawdziwość odpowiednich historyj chorób została stwierdzoną przez zmarłego niedawno prof. anatomii Lenhosseka. Byłoby rzeczą nader pożądaną, aby zawodowi dentyści w sprawie poruszanéj ogłosili cenne swe spostrzeżenia i zachęcili kolegów do uprawiania téj konserwacyjnéj części dentystyki, odgrywającéj w ekonomii ustroju tak doniosłą rolę.

VI. Oceny i sprawozdania.

Fizyjologija.

Alexy Biełousow: *Nervi vasorum. Diss. inauguralis.* Charków 1889.

Praca „o nerwach naczyń" jest rezultatem długich studyjów i wnosi w naukę nadzwyczaj ciekawy wynik, o którym znajdujemy pewną już wzmiankę u niektórych klasycznych autorów, iż n. sympatyczny nie jest nerwem naczyń krwionośnych. Pozostawiając na późniéj swe anatom. badania nad nerwem sympatycznym trzew, autor na ten raz ograniczył się do badania nerwów naczyń kończyn górnych i dolnych, oraz oczodołowych u człowieka. Wyniki swe, które przedstawił w 22 kolorowych rycinach zdjętych z natury i wyrysowanych na kamieniu przez samego autora, streszcza on tak: 1) na tętnicach i żyłach kończyn nie znajdujemy wcale splotów n. sympatycznego, lecz tylko nerwy czuciowe, ruchowe i mięszane wychodzące z rdzenia pacierzowego (*plexus brachialis, lumbalis, ischiadicus*). 2) Nerwem tętnicy ocznéj jest n. okoruchowy. Na żadnéj tętnicy oczodołu nie znajdujemy włókien n. sympatycznego. Jest on też nerwem naczyń błon mózgowych. Zaledwo 2—3 cienkich gałązek n. sympatycznego łączy *plexus caroticus* z tylną częścią *g. ciliare*, które jest *gang. n. oculomotorii*. Autor ani razu nie widział gałęzi troficznéj tego zwoju, który, opierając się na porównawczo-anatomicznych danych, nazywa homologicznym ze zwojami rdzenio-mózgowemi. Nerw okoruchowy daje też nerwy nerwom wzrokowym, poczynając od ich skrzyżowania, które są pokryte gęstym ich splotem, wspólnym dla obu stron. „Czy niemożna" — zapytuje Dr. B. — „za pomocą tych nerwów tłomaczyć t. zw. sympatyczne cierpienia oczu, lubiące wybierać sobie drogę przez *chiasma nn. opticorum?*

Przy anatom. badaniach nie używał autor noża i nożyczek, tylko igły i haczyków, któremi ostrożnie rozrywał tkankę łączną, rozciągając badane części. Naczynia nastrzykiwał białkiem, jednocześnie tętnice (cynober i suchy karmin) i żyły (suchy ultramaryn). Nerwy zabarwiał na czarno rozczynem kw. osmowego (1 grm. na litr destyl. wody[1]). Badania robione były przy silnem oświetleniu: światło słoneczne przepuszczone przez otwór parawana koncentrowało się za pomocą wypukło-wklęsłéj soczewki Hartnacka; doskonale można też studyjować wieczorem przy ostrem świetle lampy. Koniecznem jest przy tem i lupa, utrzymywana za pomocą statywu.

Niepodobna jest wdawać się w szczegóły téj pięknéj pracy autora. Mało w niéj słów, a więcéj odczytuje się na jego godnych uwagi i bardzo pouczających rycinach, dla wyjaśnienia których podał w swéj rozprawie kilka stronic petitem. Prawdziwie trzeba podziwiać istnie benedyktyńską cierpliwość w odrysowaniu tak gęstéj sieci nerwów oczodołu, jak to widzimy na rycinach 11, 12, 13 i 19. Rozprawę tę gorąco polecamy anatomom, fizyjologom i okulistom.

Dr. J. Talko.

Patologija.

E. Welti: **O przyczynach śmierci po oparzeniach skóry.**

Po wyłuszczeniu dawniejszych sposobów tłomaczenia Hebry (shok), Kühnego (wykluczenie oddychania skórnego), Billrotha (nagromadzenie się węglanu amonowego we krwi), Sonnenburga (teoryja odruchowa) i innych, przyłącza się W. do zapatrywań Wertheima (rozpad czerwonych ciałek krwi, wytwarzanie się zakrzepów wskutek wytworów rozpadowych). W doświadczeniach na zwierzętach (królikach) badano przedewszystkiem zmiany krwi, powstające przez ogrzewanie jednéj części ciała, a śledzono szczególnie za płytkami krwi, których wytwarzanie się ułatwia ogrzewanie. W pierwszym szeregu doświadczeń poddano część ciała (uszy) po-

[1]) Nie zawierające myeliny włókna n. sympatycznego zabarwiają się bardzo słabo tym rozczynem, myelinowe zaś stają się nadzwyczaj czarnemi.

wolnemu oparzeniu aż do śmierci zwierzęcia po 1—2-ch godzin występującéj. Przy 60·5° występowały jako wytwory rozpadowe czerwonych ciałek krwi szczególne kuleczki (*eosinophile Körper*), które przy szybkiem spaleniu spostrzegano już przy 57°. W wielu narządach można dokładnie śledzić rozwój zakrzepów z płytek krwi. Te płytki pochodzą tak z białych jak i czerwonych ciałek krwi. Część ich prowadzi w miejscu oparzenia do zamknięcia naczyń skrzepami, inna zaś część dostaje się do obiegu krwi; dzięki lepkości swojéj gromadzą się w kupki, tworząc skrzepy przyścienne, utrzymujące się w żyłach długo w pierwotnéj swéj postaci, podczas gdy w tętnicach zamieniają się szybko w skrzepy szkliste. Powoli powstają z skrzepów przyściennych skrzepy zamykające. Badania pierwszego szeregu, (oparzenie aż do śmierci zwierzęcia,) różnią się tylko brakiem wrzodów żołądkowych i powstającego przez skrzepy obumarcia w nerkach i układzie nerwowym środkowym od doświadczeń szeregu II-go to jest: przy szybkiem, krótkotrwałem zadziałaniu ciepła (5 minut) zostają zwierzęta jeszcze przez kilka dni przy życiu i można było wtedy badać następstwa oparzenia. Badanie krwi podczas samego doświadczenia dało te same wyniki, co poprzednio. Części narządów badano na przekrojach stwardniałych i zabarwionych. W mózgu, w rdzeniu pacierzowym, w nerkach, wątrobie i t. d. stwierdzano wszędzie wytwarzanie się zakrzepów. W rzdeniu przedłużonym znajdowały się skrzepy z płytek krwi w żyłach, zaś szkliste w tętnicach i żyłach; prócz tego wynaczynienia i obumarcie pierwocin nerwowych. Zmiany w żołądku bez wyjątku, wszystkie okresy od wynaczynienia aż do wrzodu. W następstwach zmiany krwi należy szukać przyczyn śmierci po rozległych oparzeniach skóry (*Beitr. z. path. Anat.*, 1889, z. 5). *Dr. Baschkopf.*

Dr. O. Minkowski (Strassburg): **Diabetes mellitus i trzustka.**

Docent Dr. M. robił doświadczenia na psach wraz z prof. Meringiem w laboratoryjum kliniki wewnętrznéj uniw. Strasburgskiego. Zupełne wycięcie trzustki wywoływało natychmiastową, nie chwilową lecz stałą cukrzycę z wszystkiemi ubocznemi objawami, jak zwiększeniem łaknienia, pragnienia, wzmożonem moczowaniem i szybkiem chudnięciem. Ilość cukru w moczu dochodziła aż do 10%. Częściowe wycięcie trzustki, wszystko jedno któréj części lub podwiązanie przewodów wydzielających, nie wywoływało cukrzycy. Brak soku trzustkowego jednak nie zdaje się być przyczyną występowania cukru w moczu, lecz wykluczanie wskutek wycięcia trzustki jakiegoś bliżéj nieznanego czynnika do asymilacyi cukru się przyczyniającego zdaje się być cukrzycy powodem. Że przyczyny téj rzeczywiście w trzustce szukać należy, poucza i anatomija patologiczna; Seegen, Senator i Frerichs bowiem w połowie przypadków téj choroby zmiany tego gruczołu znaleźli. Bouchard był pierwszym, który na to zwrócił uwagę a dziś Beaumel z Montpellier stara się dowieść, że we wszystkich przypadkach cukrzycy jużto mikrojuż to makroskopijne zmiany w trzustce znajdujemy. Dotychczas szukano przyczyny wydzielania cukru w wątrobie i mięśniach. Tylko obecność glykogenu w pierwszéj za nią przemawia, gdyby zaś tworzenie się kwasu węglowego przy pracy mięśniowéj tak bardzo wpływało na rozpad cukru w organizmie, to zanik mięśniowy musiałby pociągnąć za sobą cukrzycę, co się nie dzieje. Wpływ zaś nerwowy nie można uważać za bezpośredni tylko za pośredni a zatem i na trzustkę działać mogący. Autor dochodzi ostatecznie do tego wniosku, że jak albuminuryja jest wynikiem choréj nerki, tak glykosuryja jużto anatomicznie jużto pod względem funkcyi zmienionéj trzustki, nie umie tylko objaśnić nas w rzeczy najważniejszéj a mianowicie, jakie to są i na czem polegają owe zmiany anatomiczne i czynnościowe tego gruczołu! (*Berl. kl. Wschft.* 1890 Nr. 8).

Dr. M. Joseph (Berlin): **Oedema cutis circumscriptum acutum.**

Ta mało znana choroba, którą pierwszy Quincke w r. 1882 opisał, występuje w postaci ograniczonych opuchlin skóry na 2 do 10 ctm. szerokich. Skóra miejsc tych jest tylko nieco bledszą z wejrzenia, nie bolesną, sprawia tylko świerzbienie, stan zaś ogólny na tę chorobę cierpiącego wcale przytem nie jest zajęty. Miejsca takie opuchlinowe powstają także na błonie śluzowéj ust, podniebienia, gardła i krtani, trwają godzin lub dni kilka, znikają prędko, by na nowo na tem samem miejscu po krótszym lub dłuższym czasie wystąpić, a zatem łatwo recydywują. Za przyczynę podaje Quincke oziębienie lub przeziębienie skóry jakoteż cielesne znużenia. Cierpienie to łączy się także często z chronicznym gośćcem stawowym. Striebing opisuje 3 przypadki téj opuchliny, przebiegającej z objawami gastrycznemi, mianowicie z wymiotami, przyczem ilość moczu zawierającego białko była zmniejszoną a ciężar gat. większy. Rapin widział przypadki, które *urticaria* poprzedzała lub się z opuchliną łączyła i domyśla się jakiegoś powinowactwa między temi dwiema zmianami. Przez Minicha opisane przypadki poprzedzał okres zwiastunowy, manifestujący się bólem głowy, osłabieniem i brakiem apetytu. Osler dopatrzył się pewnego usposobienia dziedzicznego. Börner widział tę chorobę występującą u kobiet wśród miesiączkowania lub w okresie menopauzy. Küssner przytacza ostro przebiegające przypadki komplikowane krwotokami z błon śluzowych występującemi. Autor opisuje w dalszym ciągu z własnéj polikliniki przypadek téj choroby u 5 letniego chłopca, który po każdorazowem wyjściu na zimne powietrze dostawał opuchliny skóry twarzy i rąk w postaci licznych centków, które jak tylko chłopca do łóżka położono, prędko znikały. Wśród takiéj erupcyi chłopak bywał zazwyczaj osłabiony, a mocz wydzielany miał kolor ciemno-brunatny, oddziaływał alkalicznie, zawierał białko i kryształki heminy (*Haemoglobinuria paroxysmalis*). Komplikacyja ta dotychczas w literaturze nie była opisaną, wiemy tylko z prac Lichtheima, że hemoglobinuryja często u niektórych zupełnie zdrowych ludzi po dłuższych spacerach podczas zimy peryjodycznie występuje. Jakiż stosunek mógł zachodzić między hemoglobinuryją a opuchnieniem skóry w tym przypadku? Według Fürbringera także kiła jest przyczyną téj zmiany moczu. Chłopiec jednakowoż nie był zakażonym ani rodzice jego. Zdaje się więc być prawdopodobnem, ze wskutek zadziałania zimna na powierzchnię skóry, następował rozpad czerwonych ciałek krwi i wydzielanie hemoglobiny przez nerki.

W przeciwieństwie do pierwszego przypadku opisuje autor erupcyje opuchlinowe występujące u 20 letniego medyka nie w zimie ale regularnie w lecie. Młody ten człowiek cierpiał prócz tego na chorobę Basedowa. Znaną jest rzeczą, że wśród choroby Basedowa występują niektóre wysypki jak *vitiligo*, *urticaria*, nikt jednak dotychczas nie opisał przypadku opuchliną ostrą komplikującego się. Trzecia historyja choroby zajmuje się robotnikiem lubiącym wódkę i piwo. Ile razy trunku nadużył, pojawiały się liczne ogniska opuchlinowe na różnych częściach skóry a najwięcéj na rękach i nogach. Erupcyje te, które nawet w jamie ust występowały, trwały kilka godzin i znikały.

Że przyczyną tych opuchlin jest angioneuroza wywołująca rozszerzenie naczyń, za tem zdaje się przemawiać doświadczenie Ostroumowa, który drażniąc *ram. lingualis trigemini* prądem indukcyjnym, otrzymywał przekrwienie i opuchnienie odpowiedniej części języka. Unna przypuszcza spastyczny skurcz żył a wskutek tego porażenne rozszerzenie tętnic. Według Heidenhaina komórki naczyń włosowatych wywierają pewien wpływ na tworzenie się i resorbcyję limfy. Wskutek zadrażnienia nerwowego tych komórek występuje zaburzenie w resorbcyi limfy, objawiające się opuchnieniem skóry.

O leczeniu téj choroby nie wiele można powiedzieć. Jeżeli erupcyje występują na zimnem powietrzu, należy przechadzek w zimie unikać. Quincke wzmacnia trakt pokarmowy i reguluje dyjetę. Inni podają arsen lub sporysz a lekarz amerykański Matas poleca chininę w wielkich dawkach. (*Berl. kl. Wschft.* 1890, Nr. 4—5).

Farmakologija.

Dr. Leubuscher (Jena): **Leczenie gruźlicy płuc za pomocą przyrządu Krulla.**

W *Berl. kl. Wochenschrift* 1888 r., Nr. 39—40 opisał Krull swój nowy aparat, za pomocą którego przesyca powietrze wilgocią do wysokości ciepłoty ciała ludzkiego ogrzaną.

Powietrze to wilgotne każe wdychiwać suchotnikom nie w myśli bezpośredniego zadziałania na prątki i wstrzymania ich rozwoju, lecz w celu zahartowania tkanki płucnéj i zrobienia jéj tym sposobem odporniejszéj. Prócz tego przez wziewanie wilgotno-ciepłego powietrza następuje większy dopływ krwi do płuc, a zatem lepsze odżywianie i silniejsza resorbcyja produktów chorobowych. Na tem rozumowaniu oparł Krull swoją metodę leczenia gruźlicy płucnéj, a według jego dalszych publikacyj doskonałym skutkiem uwieńczonéj. Dr. L. leczył za pomocą tego przyrządu 16 chorych, a historyje chorób ich na 3 grupy według skutku leczniczego podzieliwszy wszystkie jedne po drugiéj przytacza Ograniczam się do podania tylko ostatecznych wyników i tak u 4 chorych niezauważył żadnego polepszenia, u 3 polepszenie było nieznaczne, 9 zaś można było uważać za częściowo lub zupełnie uleczonych. Wśród wdychiwań, które codziennie przez kilka tygodni powtarzano, niezauważył L. żadnych innych nieprzyjemnych powikłań, a chorzy znosili je dobrze. (*Brl. kl. Wschft.*, 1890, Nr. 5).

Dr Schendel (Berlin): **Nowy lek przeciw dyfteryi.**

Wielka ilość polecanych jużto zewnętrznych, jużto wewnętrznych środków przeciw dyfteryi jest dowodem, że wszystkie te leki zawodzą. Przez Rennerta ostatniemi czasy zalecane pędzlowanie gardła rozczynem sublimatu zakwaszonym nie jest lepszem od wszelkich innych pędzlowań tylko boleśniejszem, a podawane wewnętrznie kreozot, terpentyna, kw. arsenawy, jodtribomid i inne nowsze przetwory nie o wiele lepsze od dawnych. Dr. S. nie zachwala swego nowego leku jako panaceum przeciw dyfteryi, ale leczył nim 43 przypadków szczęśliwie i zaleca dalsze stósowanie w celach doświadczalnych. Lekiem tym jest *Tinctura rusci composita*, przez mięszanie soli siarkowych za pomocą alkoholu z *oleum rusci* i *fagi*. Zdrowym dawał Dr. S. po 20 gr. dziennie, bez obawy białkomoczu. Dzieciom chorym podawał za dnia pół łyżeczki od kawy co godzina i żywił je posilnie, w razie potrzeby sztucznie. Lek ten podawany wewnętrznie wpływa wyśmienicie i na naciek w gardle, błony bowiem prędko odpadają, a piękna ziarnina w miejscu ich powstaje. (*Bl. kl. Wschft.*, 1890, Nr. 6). *Dr. Mendelsburg.*

Choroby wewnętrzne.

Günzburg: **Zastępstwo rozpoznawczego przepłukiwania żołądka.**

Jako takie poleca G. w przypadkach, w których przepłukiwania unikać należy, następujące postępowanie: w kawałek rurki gumowéj o bardzo cienkich ścianach wsuwa się tabletkę, zawierającą 0·2 do 0·3 jodku potasu. Oba końce rurki zagina się celem zamknięcia jéj, poczem wiąże się naokoło niéj trzy pojedyncze nitki włóknikowe. To wszystko połyka się w kapsułce żelatynowéj, którą żołądek szybko rozpuszcza. Wtedy nabrzmiewają nitki włóknikowe stosownie do zawartości kwasu solnego żołądka rozmaicie szybko, aż rurka gumowa przezwycięża opór nabrzmiałych włókien i otwiera się. Teraz jodek potasu się rozpuszcza i ulega wessaniu i wykazuje się go w ślinie, zbieranéj w krótkich odstępach czasu. Dwa dni późniéj podaje się w danym razie cukierek z jodku potasu tylko w kapsułce gelatynowéj. Czas potrzebny do rozpuszczenia kapsułki i wessania (KJ) odciąga się od całego czasu pierwszego doświadczenia: różnica wykazuje czas napęcznienia dla nitek i pozwala czynić wnioski o zawartości HCl żołądka. (*D. m. W.*, 1889, Nr. 41).

Gustaw Klein (Wrocław): **Sledziona wędrująca w miednicy małéj.**

W zakładzie anatomii patologicznéj znalazł K. u kobiety 63-letniéj, zmarłéj wskutek ostréj choroby płuc, silnie powiększoną śledzionę z wypukłością ku dołowi zwróconą, zwisającą w zagłębienie pęcherzo-maciczne i podpartą wiankiem macicznym od strony pochwy, podczas gdy macica ku tyłowi przemieszczona przylegała mocno do kości krzyżowéj. Widocznie wzięli lekarze śledzionę wędrującą mimo jéj znacznych rozmiarów za macicę i takową wiankiem podparli. Nawiązując do tego przypadku, wspomina K., że w etyjologii śledziony wędrującéj odgrywa rolę wpływ nieprawidłowéj delikatności, wiotkości i wyciągnięcia fałdów otrzewnéj wskutek powiększenia rozmiarów śledziony powiększenia ciężaru i w zimnicy. Z przyczyn mechanicznych ważnem jest działanie sznurowania się, które obwinić możemy o wywołanie wędrowania śledziony, podobnie jak wątroby i nerki. Przy ściskaniu jamy piersiowéj i brzusznej usiłują wspomniane narządy uniknąć ucisku. Ku górze jestto tylko w małym stopniu możebne, a więc usuną się ku dołowi, jeżeli siła fałdów otrzewnowych i inne okoliczności temu nie przeszkodzą. Objawy podmiotowe nie są zawsze znaczne, a dolegliwości chorych zależne są od większego lub mniejszego przedłużenia więzadła żołądko śledzieniowego. Rozpoznanie jest prawie pewnem, jeżeli się wykaże, że śledziona nie znajduje się w prawidłowem miejscu, a znaleziony guz posiada cechujący kształt bobu, zagłębienie odpowiadające wnęce i karby na brzegach. Leczenie: W pierwszym rzędzie należy usunąć przyczyny: zmniejszenie wielkości śledziony (w zimnicy za pomocą chininy itd.), usunięcie pierwotnéj rozstrzeni żołądkowéj, zwalczanie stanów następowych, jak następowe rozszerzenie żołądka, wywołane obniżeniem się śledziony, następnie operacyjne przymocowanie śledziony do prawidłowego miejsca lub jako doszczętny środek wyłuszczenie śledziony. Co się tyczy żywego sporu co do usprawiedliwienia tego ostatniego zabiegu, to w obu obozach spotykamy równie znakomitych badaczy. Znamy operacyję jedno, i dwuczasową. Także niebezpieczeństwo wyłuszczenia białaczéj śledziony (groźny i często śmiertelny krwotok następowy) już wcześnie poznano. Kundrat twierdzi, że śledziona wędrująca leży zawsze po prawéj stronie, czemu Dietl przeczy (*D. m. W.*, 1889, Nr. 44).

Choroby nerwowe.

B. Schaefer (Charlottenburg): **Przyczynek do nauki o „Railway-spine“.**

Pojęcie téj choroby uległo wielu zmianom. Gdy z początku przypuszczono, że rdzeń pacierzowy stanowi punkt wyjścia dla téj choroby, która powstaje przez wstrząśnienie z równoczesnem zgnieceniem i naciągnięciem rdzenia, to w ostatnich latach więcéj rozpowszechniło się zapatrywanie, że chorobę tę należy odnieść do mózgu. Moeli pierwszy wypowiedział zdanie, że to jest psychoza. Charcot starał się udowodnić, że objawy polegają na macinnicy, a Oppenheim twierdzi, że prawie wszystkie objawy chorobowe wskazują na pochodzenie mózgowe. Przypadek S. ma udowodnić, że tylko w mózgu należy szukać przyczyny choroby i że nazwa „Railway-spine“ jest niedobrą. Przypadek ten różni się od zwykłych, gdyż się rozchodzi o chorego, któremu tylko groził nieszczęśliwy przypadek. Prowadzący lokomotywę O. miał w listopadzie z. r. kierować pociągiem. Przejeżdżając przez krzywiznę, spostrzegł nagle przed sobą w odległości 50 m. czerwone latarnie, należące do pociągu, który z powodu uszkodzenia maszyny na stacyi się zatrzymał. O. miał na tyle przytomności umysłu, że użył wszystkich sposobów, służących do zatrzymania pociągu, przez co udało mu się tuż przed stojącym pociągiem uniknąć zderzenia się z nim. W tym czasie jednak opanowało go ogromne rozdrażnienie i straszna obawa, gdyż widział, jak opowiada, śmierć w najkrótszym czasie przed oczyma, pojął ogrom odpowiedzialności za następujący pociąg, napełniony ludźmi i wszystkie te uczucia strachu, rozdrażnienia, obawy, poczucia obowiązku skupiły się tu razem na kilka chwil. Po kilku dniach wytworzyły się u tego nadzwyczaj sumiennego urzędnika wszystkie objawy, „railway-spine“ w typowy sposób: wyniszczenie, chód wlokący, mowa utrudniona, jąkanie, drżenie rąk, języka, ogólne osłabienie ciała; usposobienie drażliwe i melancholiczne, uczucie trwogi i zawrotu głowy, silne bóle głowy, osłabienie pamięci, sen przerywany strasznemi widziadłami; znaczne upośledzenie czucia na całem ciele, nogi jakby obumarłe i porażone, brak apetytu, porażenie pęcherza O udawaniu wobec porażenia pęcherza, silnie upośledzonego czucia, drżenia włókienkowego języka i upadku odżywienia myśleć nie można. Trudno przypuścić z Charcotem macinnicę, gdzie u mężczyzny neuropatycznie wcale nie obciążonego, trzeźwego i silnego tak ciężkie zmiany w stosunkowo krótkim czasie występują. Mamy tu więc niewątpliwy przypadek „railway-spine“, powstały nie przez wstrząśnienie rdzenia, ani wogóle przez wstrząśnienie, lecz przez silne zadziałanie na umysł. Rdzeń nie uległ zmianie i pytanie zachodzi, czy przyjmiemy nazwę

„nerwica urazowa“, lub neuropsychoza lub *Commotio cerebri traumatica*, *Commotio spinalis traumatica*, gdyż z tego przypadku widać, że wpływ umysłowy bez urazu wystarcza do wywołania tych ogromnych zmian, a te silne umysłowe wpływy istnieją przy każdem nieszczęściu na kolejach, gdzie przestrach, rozdrażnienie, obawa śmierci w straszny i gwałtowny sposób występują, jak może w żadnym innym przypadku. (*B. kl. W.*, 1889, Nr. 43).

Schneider (Kolonija): **Kilka przypadków padaczki odruchowéj.**

Że prawdziwą padaczkę i podobne stany kurczowe drażnienia obwodowe najrozmaitszego rodzaju mogą wywoływać, jest okolicznością dostatecznie znaną. I tak wykazano w szczególności zawisłość niektórych napadów od obwodowych, niekorzystnie zagojonych blizn, większych lub mniejszych wypocin uciskających kończyny nerwowe, polipów ucha i kiszki odchodowéj. S. dostarcza dalszego przyczynku tego rodzaju, gdyż w ostatnich 5-ciu latach spostrzegał 6 przypadków padaczki odruchowéj nosa. Ponieważ przez przeciąg 2-ch, względnie 4-ech lat po operacyi nie wystąpił napad, mimo niestosowania jakiegokolwiek innego leczenia, przypuszcza S. trwałe wyleczenie chorych. 1) Chłopiec 14-letni dziedzicznie nieobciążony cierpi od 5-go roku na gwałtowne napady padaczkowe, w ostatnim półroku każdéj nocy. Często wyprzedza napad padaczkowy napad dychawicy, a matka dziecka na pewne twierdziła, że napady bywają wtedy szczególnie ciężkie, jeżeli otwór nosowy uległ zatkaniu. S. znalazł uklejowate obrzęki, wypełniające oba przewody nosowe. Po znieczuleniu 10% rozczynem kokainy zniszczył S. zmiany chorobowe palnikiem galwanicznym, a ukleje mocno wystarczające usunął pętlą rozżarzoną, a chłopiec dotąd nie miał jeszcze ani napadu padaczki ani dychawicy. 2) Panna 24-letnia, silnie zbudowana, cierpi od pierwszéj miesiączki na padaczkę. Po wypaleniu uklejowatych wybujałości nosa, a przedewszystkiem dolnéj muszli, napady zupełnie ustąpiły. 3) Nauczycielka, panna, dostaje napadów padaczkowych i to głównie podczas miesiączki; dwukrotne wypalenie obrzmiałéj błony śluzowéj nosa przed 2 ma laty; dotąd wyleczenie zupełne. 4) Silnie zbudowany mężczyzna choruje od kilku lat na padaczkę. S. uderzony mową nosową, zbadał wziernikiem nosowym Voltoliniego nos i znalazł wyrośl dolnéj muszli; po dotknięciu się jéj zgłębnikiem chory zaczął kaszleć, dostał bolów w piersi, guzek w nosie obrzękł, wśród największéj trwogi chory podskoczył z krzesła, i wnet upadł na ziemię, głowa, ręce i nogi popadły w kurcze, przed ustami wystąpiła ślina spieniona, jednem słowem drażnienie nosa wywołało zupełny napad. I w tym przypadku osiągnął przez wypalenie zupełne wyleczenie. S. opisuje jeszcze kilka przypadków padaczki, które w podobny sposób wyleczył. (*Berl. kl. W.*, 1889, Nr. 43). *Dr. Bf.*

Chirurgija.

Dr. Renvers (Berlin): **Wyleczenie ropnia wątroby za pomocą punkcyi i drenowania.**

Ropnie wątroby w klimacie naszym należą do rzadkości, a wyleczenie takowego w przypadku Dr. R. jest pouczające: Kobieta 33-letnia, ciężko pracująca, zaniemogła nagle w nocy 4 października zeszłego roku. Silne bóle brzucha i wymioty były pierwszemi objawami. Kiedy do tego przyłączyło się wzdęcie krzucha i zapad, przeniesiono chorą do kliniki Leydena, gdzie ją Dr. R. jako asystent kliniczny obserwował. Chora przedstawiała zrazu typowy obraz ostrego zapalenia otrzewny, po bliższem jednakowoż rozpatrzeniu się można było namacać znacznie powiększoną wątrobę i woreczek żółciowy rozdęty. Bolesność w prawem podżebrzu była największą, a zresztą istniał tylko *tympanites*. Od tyłu i dołu prawa strona klatki piersiowéj aż do kąta łopatki stłumiona bez szmerów oddechowych. Strzykawkę o długiéj igle wbito w 9 przestrzeń międzyżebrową, przytem uczuto, iż igła najpierw przechodzi przez wiotką tkankę płucną, później przez twardszy miąższ, poczem w głębokości 8 ctm. opór wszelki ustąpił, a strzykawka wciągnęła pewną ilość ropy. Pod mikroskopem znaleziono w niéj grupy komórek wątrobowych, dobrze utrzymanych i kryształki bilirubinu. Nie ulegało wątpliwości, że miano do czynienia z ropniem wątroby, który prawdopodobnie wskutek zastoju żółciowego i tworzących się kamyków powstał, zaczem rozdęty pęcherzyk i kryształki w ropie znalezione przemawiały. Natychmiast tą samą drogą, którą igła przeszła, wydobyto z wątroby aspiratorem Potaina litr ropy, poczem stan pacyjentki znacznie się polepszył. Wymioty, bóle i stłumienie tylne znikły, ciepłota opadła, ale nie na długo, bo po kilku dniach wszystkie objawy znowu się spotęgowały, a o nowem nagromadzeniu się ropy wątpić nie było można. Dr. R. wbił teraz zwykły trójgraniec, a z pochewki tegoż ropa sączyć się zaczęła. Przez pochewkę wprowadził wielki kateter Nelatona i założył opatrunek antiseptyczny. Operacyja odbyła się 15 listopada, a 14 grudnia można było już kateter wyjąć, poczem rana zewnętrzna szybko się zabliźniła. Dwa razy tylko przestrzyknięto jamę ropną rozczynem kw. borowego. Najważniejszą rzeczą przy leczeniu tą metodą jest oznaczenie miejsca ropnia, co za pomocą punkcyj próbnych i palpacyi narządu nie tak trudno rozpoznać. Punkcyje próbne wątroby, jak autor na zwierzętach mógł się przekonać, są rękoczynem zupełnie bezpiecznym. Miesiąc później opisał Dr. Harvey w *British Medical Journal* 2 przypadki w ten sam sposób leczone i wyleczone. (*Berl. kl. Wochenschrift* 1890, Nr. 8).

Choroby skórne.

Prof. Lang (Wiedeń): **Kilka uwag nad łuszczycą.**

Drobnoustrój „epidermidophyton“ przez autora po raz pierwszy w łuszczycy odkryty i za grzybek wzięty nie jest, jak słusznie Ries w swojéj pracy o łuszczycy wykazał (*Vierteljahreschrift f. Derm.* 1888) grzybkiem, lecz morfologicznie zmienionym przyskórkiem, chemicznie bowiem złożony jest z eleidyny i keratohyaliny. Badania prof. L. nad wrzekomym grzybkiem pochodzą z r. 1879, kiedy o eleidynie i keratohyalinie czyli keratynie bardzo mało jeszcze wiedziano i z tego to powodu pomyłka zajść mogła, boć przecie i Wolf w roku 1874 „epidermidophyton“ na zjeździe w Kopenhadze jeszcze jako swoisty grzybek opisywał. Mimo to stanowczo autor jest zdania, że *psoriasis* ma podstawę pasorzytniczą, przemawiają bowiem za tem kliniczny przebieg, kształt i umiejscowienie ostro ograniczonych eflorescencyj. Zmiany, jakie w przebiegu łuszczycy występują na paznogciach, przypominają bardzo *Onychomykosis*, a brak erupcyi na dłoniach zgadza się zupełnie z umiejscowieniem, jakiemu dermatomykozy podlegają. Choroby skórne, a mianowicie przyskórka, bardzo często rozszerzając się przechodzą na sąsiadujące błony śluzowe, nigdy jednak nie widziano tego w łuszczycy, ani w żadnéj innéj pasorzytniczéj chorobie skórnéj. Nareszcie tak dermatomykozy jak i łuszczyca mogą przebiegać ostro i chronicznie u młodych i starych zupełnie niezależnie od stanu narządów wewnętrznych. Że łuszczyca jest dziedziczną, nie przemawia to bynajmniéj przeciw jéj pochodzeniu pasorzytniczemu, albowiem pewna dyspozycyja dziedziczna do przyjmowania pasorzytu istnieć może, a ustępowanie eflorescencyi przybłonka w razie ostrych chorób gorączkowych tłomaczy się tem, że pasorzyt rozwija się tylko na skórze zdrowego organizmu. Wszak i pasorzyty zwierzęce tylko u zdrowych ludzi się trzymają. Łuszczyca usadawia się symetrycznie po obu stronach ciała, gdyby przyczyną jéj miał być pasorzyt, symetryczność taka byłaby bardzo dziwną, — zarzucićby można. Ale symetryczność takową widzimy także n. p. w świerzbie (*scabies*), bo pasorzyt szuka sobie miejsc do rozwoju swego najprzychylniejszych, a do tych należą szorstkie okolice skóry. (*W. med. Blätter* 1890, Nr. 7). *Dr. Mendelsburg.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja kołomyjska Tow. lek. galicyjskich.

Sprawozdanie Wydziału z czynności sekcyi w roku 1889.

Odczytane na zgromadzeniu sekcyi w dniu 23 lutego 1890 roku.

Powołani przed rokiem na posiedzeniu z dnia 14/2 1889 do Wydziału sekcyi kołomyjskiéj, przyjęliśmy to zaszczytne wezwanie w nadziei, że uda nam się rozbudzić w Towarzystwie jakieś życie koleżeńskie i pracę naukową, mającą się manifestować wykładami na posiedzeniach sekcyjnych, pogadankami i roztrząsaniem kwestyj lekarzy obchodzących. Biorąc na swe barki to ciężkie zadanie nie obawialiśmy się sami pracy, ale liczyli-

śmy również na poparcie ze strony szan. kolegów. Dziś przychodzi nam zdać sprawę z całorocznéj naszéj działalności i ze smutkiem przyznać musimy, że jakkolwiek działalność ta przedstawia się dodatnio w porównaniu z poprzedniemi latami, to jednak nie odpowiada w zupełności temu, czegośmy się spodziewali. Mała ilość członków należących do sekcyi, a jeszcze mniejsza, jeżeli uwzględnimy członków chętnych i rozwojowi sekcyi przychylnych, nie pozwoliła nam wypełnić zakreślonego sobie programu. Sekcyja nasza odbyła w ciągu roku ogółem 5 posiedzeń, 4 zwyczajne, a jedno nadzwyczajne, zwołane z powodu śmierci nieodżałowanéj pamięci protomedyka ś. p. Alfreda Biesiadeckiego. Ktokolwiek śledził baczniéj rozwój naszego Towarzystwa, którego zmarły był długoletnim prezesem, ten wie, ile Tow. lek. galicyjskich przez śmierć tego męża straciło. Sekcyja też nasza uznała tę stratę na owem posiedzeniu i uchwaliła wysłać delegata w osobie przewodniczącego sekcyi Dra Sysaka, który wraz z lekarzem powiatowym Drem Rosnerem miał naszą sekcyję na pogrzebie reprezentować i wdowie po zmarłym wyrazić imieniem sekcyi kondolencyję; a nadto złożyli obecni na posiedzeniu członkowie kwotę 18 złr. na pomnik dla zmarłego, którą to kwotę na ręce p. Dra Merunowicza obecnego protomedyka odesłano. Obecnie wzywam szan. Kolegów, aby przez powstanie oddali hołd zasługom zmarłego.

Zwyczajnych posiedzeń, jak wspomnieliśmy odbyła sekcyja 4. Na 1-em dnia 28-go marca uchwalono zaprosić kilku kolegów do przystąpienia do Towarzystwa, a skutkiem tego, dwóch kolegów Dr. Janocha i Dr. Mayzel przystąpili do sekcyi, inni na zaproszenie nie odpowiedzieli, następnie uchwalono, aby delegat na Walne zgromadzenie przemówił tamże w imieniu tych kolegów, którzyby chcieli do Towarzystwa przystąpić, nie chcą jednak „Przeglądu Lekarskiego" otrzymywać, gdyż nie rozumiejąc dobrze po polsku (takich w saméj Kołomyi jest trzech, z wojskowymi pięciu) nie mogą takowego czytać i dlatego żądają, aby im z rocznéj wkładki Towarzystwo potrąciło kwotę przeznaczoną na prenumeratę „Przeglądu Lek."; następnie poleciło zgromadzenie delegatowi, aby się upomniał, aby przyznane statutem 10% od wkładek członków na sprawy administracyjne sekcyi takowéj przesłane zostały. Z przyczyn nieprzewidzianych delegat nasz na Walne zgromadzenie się nie udał, przeto uważaliśmy za obowiązek poruczone sprawy przedstawić listownie jeneralnemu sekretarzowi Towarzystwa, co też uczyniliśmy, jednakże z przykrością oświadczyć musimy, iż do dzisiaj żadnéj nie otrzymaliśmy odpowiedzi. Koszta administracyjne ponosił z własnéj kieszeni przewodniczący, a wzmiankowani koledzy do Towarzystwa nie przystąpili.

Na 2-giem posiedzeniu w dniu 10 maja Dr. Sysak odczytał swe spostrzeżenia nad szczepieniem i szerzeniem się ospy podczas panującéj epidemii ospy w powiecie Kołomyjskim. W dyskusyi zabierał głos Dr. Piaskiewicz i wnosił, aby wnioski, do jakich prelegent doszedł, wraz z motywami podać do wiadomości Towarzystwa lek. galicyjskich.

Na 3-ciem posiedzeniu dnia 30/9 1889 Dr. Sysak opisał przypadek zatrucia 8-io miesięcznego dziecka trzema centigramami morfiny (odczyt ten był umieszczony w „Nowinach Lekarskich"). W dyskusyi zabierali głos Dr. Rosner, Dr. Piaskiewicz i Dr. Mayzel.

Na 4-tem posiedzeniu 20/12 1889 Dr. Jakubowski opisał aparat desinfekcyjny sprawiony przez gminę. Dr. Sysak opowiedział przypadek tężca reumatycznego z wyleczeniem. W dyskusyi zabierali głos koledzy Rosner, Mayzel i Lebedowicz.

Następnie uchwalono na wniosek kolegi Dra Rosnera, aby koledzy zostawili zupełną swobodę pacyjentom co do brania lekarstw w któréj chcą aptece, gdyż wskazywanie téj lub owéj apteki naraża tylko lekarzy na niepotrzebne posądzenia, ubliżające godności stanu lekarskiego, na wniosek zaś Dra Sysaka uchwalono wezwać aptekarzy, aby środki lecznicze i opatrunki chirurgiczne wyrabiane w fabrykach krajowych, z tychże zapisywali tem więcéj, iż środki te według orzeczenia Komisyi przemysłowéj Tow. lek. krakowskiego nie ustępują w niczem środkom zagranicznym. Uchwałę odnośną zakomunikowano miejscowym aptekarzom.

Składając to sprawozdanie, ubolewamy, że nie mogliśmy mimo najszczerszych chęci więcéj zdziałać, a składając nasz urząd w wasze ręce, życzymy nowemu Wydziałowi, aby się w przyszłym roku lepszemi od nas mógł poszczycić wynikami.

Po odczytaniu uchwalono na wniosek Dra Piaskiewicza wyrazić podziękowanie ustępującemu Wydziałowi i przystąpiono do wyboru nowego wydziału. Wybrano ponownie Dra Gabryela Sysaka przewodniczącym, tegoż zastępcą Dra Marcelego Wojdę z Peczyniżyna, a sekretarzem Dra Bolesława Mayzla, delegatem na Walne zgromadzenie wybrano Dra Maksymiliana Rosnera, a jego zastępcą Dra Władysława Piaskiewicza. Sekcyja kołomyjska liczy w b. r. 12-stu członków, z lekarzy w Kołomyi praktykujących (18) należy do sekcyi tylko 7.

Dr. Bolesław Mayzel. *Dr. Gabryel Sysak.*
przewodniczący.

VIII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Prof. Pettenkofer (Monachijum): **Swiatło gazowe i elektryczne pod względem zdrowotnym.**

Powszechnie dziś używane sposoby sztucznego oświetlenia za pomocą gazu i elektryczności wrogo przeciwko sobie są zwrócone, a pytanie, który z nich pod względem zdrowotnym bardziéj jest polecenia godnym, szeroko obecnie jest omawiane, a ostatniemi czasy zasługują na uwagę słowa proff. Fischera i Cohna na posiedzeniu „berlińskiego towarzystwa dla zdrowia publicznego" wypowiedziane.

Jakość światła wywiera znakomity wpływ na siłę wzroku, a przedewszystkiem na możność rozpoznawania barw; pod tym też względem światło elektryczne przewyższa nie tylko gazowe, ale i słoneczne zwykłego dnia. Własność tę posiada głównie światło łukowe (*Bogenlicht*), gdy tymczasem żarzące (*Glühlicht*) Edisona już więcéj się do światła gazowego zbliża. Także i barwa światła, jak to oftalmologowie dobrze wiedzą, nie jest bez znaczenia. W płomieniu gazowym przeważa płomień żółty i czerwony, w świetle elektrycznem zaś niebieski i fijoletowy; które z tych barw oko lepiéj znosi, nie można jeszcze na pewne powiedzieć. Każdy punkt świetlny tem więcéj drażni oko, im silniejsze wydziela światło, czyli im więcéj promieni z jednostki obszaru świetlnego wydaje. Z téj też przyczyny płomień gazowy przyjemniejszy jest oku niż światło elektryczne, bo w dwóch tych swiatłach o jednakowéj sile, w płomieniu gazowym promienie na większą płaszczyznę są rozdzielone, niż w skupionem ognisku światła elektrycznego. W lampach elektrycznych można drażnieniu oka zapobiedz kloszami matowemi powszechnie dziś w teatrach używanemi. Skupione w ognisku elektrycznem promienie rozdziela się tym sposobem na większą płaszczyznę i zapobiega zanadto wielkiemu olśniewaniu.

Płomień gazowy, jak to pomiary termometryczne wykazały, wydziela daleko większą ilość cieplika niż téj saméj siły lampa elektryczna. Rank obliczył, iż lampa elektryczna teatralna o sile 17 świec wydziela w jednéj godzinie 46 kilokaloryj t. z., iż tą ilością ciepła w tym samym czasie podnieść można ciepłotę 46 kilogr. wody o 1° C., z badań zaś Cramera i Rubnera wiemy, że płomień gazowy o sile 17 świec wydaje w jednéj godzinie 908 kilo kaloryj czyli, że tworzy 20 razy więcéj cieplika niż lampa Edisona. Zgadzają się z tem zupełnie pomiary termometryczne powietrza w teatrach temi dwoma źródłami światła oświetlanych. I tak w teatrach gazem oświetlanych w przeciągu jednéj godziny ciepłota z 16° C. zwrasta do 27°, w elektrycznie zaś oświetlanych w tym samym czasie z 16° C. ledwie do 17° (16·8) dochodzi. Płomień gazowy o sile 17 świec wydaje w godzinie 795 kaloryj ciepła, człowiek wydziela w téj saméj jednostce czasu 92 kaloryj, a zatem jeden płomień gazowy wydaje cieplika tyle, ile 8 ludzi razem. Świec stearynowych 17 wydaje 1589 kaloryj, lampa gazowa téj siły 634, gdy tymczasem tego nasilenia lampa elektryczna w téj saméj jednostce czasu tylko 46 kaloryj ciepła produkuje. Światło więc elektryczne jest najchłodniejszym z wszystkich dotychczas znanych źródeł świetlnych.

W stosunku do wydzielania ciepła stoi pochłanianie tlenu. Świeca stearynowa pochłania w godzinie 30 gr. tlenu, płomień gazowy o sile 17 świec 214 grm., gdy tymczasem światło elektryczne z powietrza tlenu nie zabiera i kw. węglowego z siebie nie wydziela, co inne płomienie w znacznéj ilości czynią. Wszak i głębiny wód elektrycznie oświetlać możemy. Światło więc elektryczne powietrza nie zanieczysz-

cza i pierwiastku do oddychania potrzebnego nie zabiera. W teatrze monachijskim przy oświetleniu gazowem zawartość CO_2 podczas przedstawienia przy pełnéj sali wynosiła 4·2, przy oświetleniu zaś elektrycznością 2·5 przyczem nie trzeba zapominać, że jeden człowiek 44 gr. w jednéj godzinie CO_2 z płuc wydycha. Ujemną tę stronę oświetlenia gazowego w przeciwieństwie do elektrycznego można w części tylko oczywiście dobrą wentylacyją usunąć.

I chirurdzy nieraz odczuwają niedogodność płomienia gazowego, mianowicie przy operacyjach wieczornych, długiéj narkozy wymagających. Wpływ chloroformu na płomień gazowy i świecy jest szczególny. Jeżeli usadowimy świecę zapaloną w cylindrze szklanym, do którego za pomocą rury gutaperchowéj powietrze dochodzi, płomień świecy jasno będzie się świecił. Wprowadźmy jednakowoż do cylindra na drucie tamponik waty chloroformem nasycony, a spostrzeżemy, że płomień w miarę ulatniania się chloroformu zaczyna kopcić, osadzając sadze. Chloroform bowiem rozkłada się na chlor i kw. solny, przyczem węgiel w postaci sadzy się wydziela. Prócz tego przy zetknięciu się chloroformu z gazem tworzy się także kwas fosgenowy. Operowanie w tak zanieczyszczonem powietrzu jest bardzo utrudnione, pobudza ono bowiem do częstych napadów kaszlu. Niedogodność ta da się usunąć, jeżeli płomień gazowy za pomocą osobnego przyrządu od powietrza otaczającego oddzielimy.

Najważniejszą ujemną stroną oświetlenia gazowego jest niebezpieczeństwo wybuchu i zatrucia. Powietrze zawierające 5% gazu eksploduje słabo, najsilniejsze wybuchy powstają przy 15 procentowem nasyceniu, przy 25% wybuchu nie potrzebujemy się obawiać, bo gaz w tem zgęszczeniu już się tylko powoli spala. Ale powietrze zawierające 3% gazu już jest silnie trujące. Trującym pierwiastkiem w gazie jest tlenek węgla, który stanowi 10 część gazu świetlanego. Według badań Grubera powietrze zawierające 0·10% tlenku węgla jest już niezdolne do oddychania. Dziwnem by się zdawało, że zatrucia gazem przydarzają się tak samo w domach nie posiadających rur gazowych, jak w domach lub mieszkaniach gazem oświetlanych. Pochodzi to ztąd, iż w zimie pękają najczęściéj rury uliczne. Ziemia nadzwyczaj chciwie wchłania wydobywający się gaz, domy zaś nasze powietrze rzadsze w zimie, bo ogrzane, zawierając, działają na podstawę swą zupełnie jak bańki suche, wciągając w siebie gęstsze, bo zimne powietrze swéj ziemi gruntowéj. Jeżeli ta wskutek pęknięcia rury ulicznéj jest gazem przesyconą, więc wchodzi on wraz z powietrzem gruntowem do wnętrza domu.

Prof. Rubner z Marburga obliczył za pomocą swego kalorymetra, ile każdy rodzaj oświetlenia o sile 100 świec w jednéj jednostce czasu wydziela ciepła, ile produkuje kw. węglowego i pary wodnéj. Cyfry otrzymane podaje następująca tabliczka:

Rodzaj oświetlenia	spotrzebowany materyjał	kwas węgl. w gr.	para wodna w gr.	ilość ciepła w kal.
Gazowy palnik Bramera	350 litr.	386	304	1843
„ „ Arganda	800 litr.	882	694	4213
Nafta, płaski palnik	600 grm.	1762	708	6220
„ okrągły palnik	200 grm.	587	236	2073
Świeca stearynowa	920 grm.	2445	933	7881
Światło elektryczne Edisona	—	—	—	270

Tak więc światło elektryczne przewyższa gazowe pod względem siły i jakości natężenia, a pod względem zanieczyszczania powietrza światło gazowe nie wytrzymuje krytyki w porównaniu z elektrycznem, które także obawę wybuchu i zatrucia zupełnie wyklucza.

Przedstawia jednak światło elektryczne również wielkie niebezpieczeństwa, bo może zabić człowieka piorunem i często wznieca pożar. Ameryka, najwięcéj używająca oświetlenia elektrycznego, dostarcza nam w tym kierunku najwymowniejszych dowodów. Częste pożary i nagłe utraty życia ludzkiego pęknięciem drutów przewodzących wywołane skłoniły miasto New-York do powtórnego zaprowadzenia oświetlenia gazowego w ulicach miasta.

Gaz możemy zbierać w zbiornikach i oświetlanie codzienne nie zależy wcale od dziennéj produkcyi w gazowniach, które mogą być podawane czasowéj naprawie, a mimo tego oświetlenie miasta nie ustaje; machina zaś dynamo-elektryczna produkuje tylko elektryczność w miarę potrzeby, która równocześnie zostaje zużytą, prócz tego maszyny te i jéj motory będąc w ruchu hałaśliwie pracują i tak w Monachijum jak długo trwa przedstawienie teatralne, nikt w sąsiednich domach z powodu hałasu usnąć nie może. Niedogodność ta ustanie, jeżeli maszyny dynamo elektryczne nie parą, lecz zgęszczonem powietrzem według systemu Poppa poruszane będą.

Walka konkurencyjna tych dwóch sposobów oświetlania nie mało przyczyniła się do licznych ulepszeń, jakie ostatniemi czasy przemysł rozpowszechnia. Dość wspomnieć elektryczne świece Jabłoczkowa, lamy Edisona i gazowe palniki Siemensa o sile 1000 świec. Może uda się jakiemu chemikowi wyeliminować tlenek węgla z gazu świetlnego, a fizykowi zapobiedz pękaniu drutów elektrycznych i tym sposobem zmniejszyć istniejące jeszcze niebezpieczeństwa i przypadki, a walka o byt tymczasem tych dwóch industryj przyczynia się tylko do ich wydoskonalenia. Która zwycięży, trudno dziś osądzić. Ludzkość na walce téj najlepiéj wychodzi, bo na świecie staje się coraz jaśniéj i coraz więcéj światła po nim się rozpływa. *(Münch. med. Wochenschr.* 1890, Nr. 7—8).

Dr. Mendelsburg.

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 20 marca. Dnia 13 b. m. o godzinie 7-méj wieczór odbył się w Grand Hotelu obiad składkowy na uczczenie jubilata prof. Jakubowskiego. Do stołu zasiadło 55 uczestników, przeważnie lekarzy i członków Wydziału lekarskiego, a oprócz nich prezes Akademii umiejętności, rektor Uniw. jagiell. i kilku obywateli. Wzniesiono liczne toasty, na które odpowiedział jubilat. Podczas uczty nadeszły następujące depesze: z Pragi czeskiéj: od prof. Janovskiego; z Warszawy: od Towarzystwa lekarskiego, od redakcyi „Kroniki Lekarskiéj“ i „Zdrowia“, od lekarzy szpitala dla dzieci wyzn. mojż. (Portner, Kramsztyk, Poznański, Koral, Winawer, Funk), od prof. Tyrchowskiego, Drów Florkiewicza, Stichego, Sommera; z Poznania: od Wydziału lek. Tow. P. N. i redakcyi „Nowin Lekarskich;“ ze Lwowa: od Tow. lekarzy galicyjskich (Czyżewicz, Merunowicz), od Drów Juliana Czerkawskiego, Ebersa, Gluzińskiego, Bylickiego, Schramma, Dębickiego, Wiczkowskiego, Barącza, Piska, Sochańskiego, Wachtla, Chomina, Godlewskiego, Jendla, Kickiego, Kopaczyńskiego, Kuhna, Mukowicza, Sobolewskiego, Stahlbergera, Świątkiewicza, Stembarta, Wechslera; z prowincyi telegrafowali: z Przemyśla Drowie Orłowski, Cassina, Dworski, Smoleński; z Buczacza: Obtułowicz; z Drohobycza: Jurkiewicz, Lachowski, Janowski; z Bochni: Górski; z Now.-Sącza: Głuchowski; z Ożomli: Stępiński; z Żydaczowa: Goldhaber; z Presburga na Węgrzech: Dr. Sołowij.

* Na wczorajszem posiedzeniu Tow. lekarskiego odbyły się zapowiedziane wykłady proff. Rydygiera i Obalińskiego. Następnie odbyły się rozprawy nad wnioskami w imieniu komitetu przedstawionemi przez prezesa w sprawie budowy domu własnego dla Towarzystwa. Wnioski te zostały przyjęte i wybrano komisyję, która ma zająć się ich wykonaniem.

* Na posiedzeniu odbytem w dniu 14 b. m. Wydział Lekarski udzielił stypendyjum ś. p. Szklarskiego w kwocie 900 złr. p. Drowi Wład. Harajewiczowi.

* Nowe czasopismo pod tyt.: „Revue d'orthopédie“ będzie wychodzić co 2 miesiące w Paryżu, począwszy od marca r. b. pod redakcyją Drów Kirmissona i Petita.

* Od bióra Zjazdu X. międzynarodowego odbyć się mającego od dnia 4—9 sierpnia r. b. w Berlinie otrzymaliśmy zawiadomienie, że przy Zjeździe urządzoną będzie Wystawa międzynarodowa lekarska, któréj przygotowaniem zajmują się oprócz techników pp. Virchow, Bergmann, Leyden, Waldeyer i Lassar. Wystawa obejmować będzie: przyrządy biologiczne i lekarskie, preparaty chemiczno-farmakologiczne, narzędzia do operacyj, preparaty odżywcze, plany i modele szpi-

tali, kąpielowe i desinfekcyjne, środki transportowe i łaźnie dla chorych, przyrządy higijeniczne. Ze zgłoszeniami i zapytaniami należy udawać się listownie z uwagą *Ausstellungsangelegenheit* do bióra Zjazdu (Dr. Lassar, Berlin NW. Karlstrasse 19).

* „Zbiór wykładów klinicznych", wydawany przez Volkmanna, przechodzi w ręce trzech reprezentantów głównych gałęzi lekarskich, a mianowicie: Bergmanna, Erba i Winckla, którzy dzieło z takiem powodzeniem i przez szereg lat prowadzone przez zmarłego odtąd połączonemi siłami kontynuować będą.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga** czeska. Docent prywatny medycyny sądowéj w Uniw. czeskim Dr. Wacław Belohradsky otrzymał tytuł profesora nadzw. — **Budapeszt.** Prof. Bókai z Klausenburga mianowany został zwycz. profesorem farmakologii. Otwartą tu została klinika dentystyczna, pozostająca pod kierunkiem docenta Dra Arkövego. — **Graz.** Docent prywatny Dr. Escherich z Monachijum mianowany został nadzw. profesorem pedyjatryi. — **Wrocław.** Prof. Biermer otrzymał urlop z powodu słabości, a w półroczu letniem zastępować go będzie Dr Soltmann. — **Berlin.** Prof. Sonnenburg mianowany dyrektorem oddziału chirurg. szpitala Moabit. Dr. E. Esmarch habilitował się jako docent higijeny. — **Helsingfors.** Docent. Dr. Heinricius mianowany prof. zwycz. położnictwa i pedyjatryi. Drowie Clopatt i Sucksdorff habilitowali się, pierwszy jako docent prywatny chorób dzieci, ostatni jako docent higijeny. — **Kazań.** Proff. Gwozdew (med. sądowa), Kowalewski (fizyjologija) i Wysocki (patologija chirurgiczna) po wysłużeniu 25 lat pozostają na dalsze 5 lat. — **Królewiec.** Prof. fizyjologii Hermann obchodził jubileusz 25-letniéj działalności nauczycielskiéj.

* **Odznaczenie.** Docent uniw. warszawskiego Dr. Neugebauer młodszy otrzymał od uniwersytetu charkowskiego jednogłośnie przyznany tytuł Dra med. *honoris causa*.

* **Wiadomości osobowe.** Stopień doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Jakób. Eichner z Krakowa i Franciszek Jan Kmietowicz z Nowego-Sącza.

* Otrzymaliśmy następujący nekrolog:

W dniu 14-go marca r. b. zmarł w Wadowicach Dr. Antoni Zapałowicz. Urodzony w Myślenicach w r. 1815, syn sekretarza Starostwa, pobierał w tem miasteczku, a następnie w Wadowicach pierwsze nauki. Po śmierci ojca walcząc z trudnościami materyjalnemi siłą tylko woli i swojemi zdolnościami przebił się przez studyja gimnazyjalne w Bochni i kursa ówczesnéj filozofii we Lwowie. Po ukończeniu tychże sława wszechnicy wiedeńskiéj i trudność korzystania wówczas z nauk w pobliskim Krakowie pociągnęły chciwego wiedzy młodzieńca wraz z 20 kilkoma innymi kolegami do stolicy, gdzie też po ukończeniu studyjów we wydziale lekarskim uzyskał w roku 1845 dyplom medycyny i z tymże pospieszył do Wadowic. Tu wkrótce zdolności jego, bystrość umysłu, dobroć serca mimo pozornéj szorstkości w obejściu zjednały mu rozległą praktykę. Umysł chciwy wiedzy nie zadowolił się jednak uzyskanym dyplomem, lecz korzystając z owoców swéj pracy udaje się ponownie w roku 1851 do Wiednia, porzucając dochody z praktyki, aby uczęszczać na wykłady i powraca ze stopniem magistra akuszeryi. Odtąd nie wydalał się na dłużéj z Wadowic, zrósł się niemal z niemi i objąwszy w r. 1858 posadę lekarza miejskiego, a w roku 1866 lekarza szpitalnego, czynnym był niemal do ostatniego tchu życia swego, gdyż mimo potłuczenia się przy przewróceniu się wozu, na którym do chorego przed kilkoma dniami spieszył, ufny w swoje żelazne zdrowie i pomny na obowiązki nie posłuchał rady kolegów, i kazał się żonie i córce prowadzić do sąsiedniego szpitala na dwa dni przed śmiercią, łamiąc się już z zapaleniem płuc i opłucnéj, aby mógł chorych swych odwiedzić. Imię jego pozostanie na zawsze w pamięci ludu zwłaszcza biednego i obywatelstwa całéj okolicy byłego obwodu wadowickiego, czego dowodem kilkutysięczna ze wszystkich warstw społeczeństwa i z całéj okolicy w dniu 16 b. m. po południu zebrana publiczność dla odprowadzenia zwłok jego na miejsce wiecznego spoczynku. I nam też, jego kolegom, jako strzegący na każdym kroku praw i czci swojego stanu, jako chętnie spieszący z pomocą materyjalną w razie nieszczęścia rodzinnego, który z tego powodu od samego zawiązku Towarzystwa lekarzy galicyjskich był najgorliwszym jego członkiem wrył się głęboko w serca nasze jako przykład godny naśladowania i dla utrwalenia pamięci tego nieodżałowanego kolegi postanowiliśmy zamiast znikomego wieńca w gronie naszem na ten cel zebraną kwotę 13 złr. w. a., którą tu załączam, przeznaczyć na pomnożenie funduszu wdów i sierót po lekarzach przy Towarzystwie galicyjskiem istniejącego, w przekonaniu, że w ten sposób cichemu a doniosłemu jego za życia działaniu najodpowiedniéj cześć oddamy [1]).

Wadowice, d. 17/3, 1890. *Dr. Zawadziński.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 10: Rosentala: Afazyja i bezwład ogólny postępujący; Szpanboka: O przejawach ruchowych, otrzymanych przez podrażnienie kory mózgowéj (c. d.); Matlakowskiego: O bąblowcu sieci (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 10: Stępniewskiego: Endemia ospy w Warszawie; Radziszewskiego: Kilka przyp. amputacyi z następczem zastósowaniem opatrunków jodoform. (dok.). — W *Wiad. Lek.* z 1: Sielskiego: Kilka słów w sprawie leczenia wypadnięcia macicy. — W *Medycynie* Nr. 11: Dobrzyckiego: O konieczności oddzielnych sanatoryjów dla chorych piersiowych.

[1]) Kwotę 13 złr. (pochodzącą ze składki miejscowych kolegów: Drów Zawadzińskiego i Gedla po 5 złr., Dr. Opyda 2 złr. i chir. Weczerki 1 złr.) przesłaną nam odesłaliśmy p. protomedykowi. *Red.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 29 Marca 1890. Nr. 13.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. O laryngofisurze na podstawie własnego doświadczenia.

Podług wykładu mianego w Tow. lekarskiem krak. w czerwcu 1889 r., uzupełnione przypadkami późniejszemi.

Podał
prof. Dr. Pieniążek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 12).

9) Dziewiąty przypadek przedstawia chorą, u któréj tracheotomija była robioną w r. 1881 w klinice ś. p. prof. Bryka. Widząc ją w rok później znalazłem u niéj obok zapadnięcia nosa z brakiem przegrody i dolnych muszli i przedziurawienia podniebienia twardego, zupełne zrośnięcie obu strun głosowych, pod niemi zaś grubą okrężną bliznę, sięgającą prawie aż do rany tracheotomijnéj; w środku téj blizny znajdował się dołek lejkowato ku górze idący, a ślepo zakończony. Odpowiednio do tego chora wcale, nawet szeptem mówić nie mogła, krtań bowiem zupełnie była zarośniętą. W przypadku tym przedewszystkiem musiałem zrobić sztuczny otwór w krtani, rozciąwszy endolaryngealnie tkankę bliznowatą, spajającą więzadła głosowe. Następnie przeprowadziłem systematycznie dylatacyję zrazu za pomocą sond, a potem czopków cynowych Schröttera, co jednak do celu nie doprowadziło, gdyż chora po kilku miesiącach usunęła się od dalszéj kuracyi. W lat kilka późniéj przyszła ona do mnie powtórnie, a wtedy przekonałem się przy badaniu, że szparka sztucznie w głośni zrobiona i rozszerzona pozostała taką, jaką przed paru laty była i nie tylko nie zarosła, lecz nie zwęziła się nawet wcale. To mnie skłoniło do dalszéj dylatacyi czopkami Schröttera, którą prowadziłem prawie co rok po parę miesięcy, t. j. przez przeciąg czasu, który chora w Krakowie przebywała. Szpara w głośni przy tem leczeniu rozszerzała się stopniowo i doszła do szerokości lubo nie normalnéj, ale takiéj, że chora przy niéj wygodnie oddychaćby mogła. Natomiast jednak okrężna blizna pod głośnią największy opór stawiała leczeniu. Równie bezskutecznemi przeciw niéj okazały się moje cynowe czopki, wprowadzane od dołu, wszelkie zaś zabiegi operacyjne, jak wycięcie blizny, wypalenie galwanokauterem itp. okazały się w obec niesforności choréj niemożebnemi. W końcu namówiłem chorą na wiosnę 1888 r. do udania się na klinikę chirurgiczną w celu poddania się operacyi, co do któréj z prof. Rydygierem wspólnie się naradziliśmy. Prof. Rydygier wykonał u niéj naprzód laryngofisurę przy zwieszonéj głowie, wyciął następnie o ile było można tkaninę bliznowatą pod głośnią, a żeby światło krtani bardziéj jeszcze rozszerzyć, wyciął trójkątny kawałek w tylnéj płycie chrząstki obrączkowéj w ten sposób, ażeby szczyt trójkąta zwrócony ku górze nie dochodził do szczytu tylnéj płyty obrączkowéj, a tem samem nie rozdzielał jéj w zupełności. W ten sposób spodziewałem się zyskać na przestrzeni nowo wytworzonego światła krtani, nie osłabiając siły jéj tylnéj ściany, powtóre rachowałem na to, że wydłużowanie klina w tylnéj płycie chrząstki obrączkowéj utrudniać będzie dośrodkowe ściąganie się blizny. Zamiast tamponu i kaniuli próbowaliśmy założyć do krtani rurkę O'Dwyera, która się jednak okazała za krótką tak, że zamiast niéj założono odcięty kawałek rury gardzielowéj, nad którą ranę zeszyto, a od któréj odchodził sznurek przez usta. Uczyniliśmy to głównie w celu tem lepszego rozprostowania rury oddechowéj, któréj tylna ściana odpowiednio do wypukłości kaniuli bardzo znacznie ku przodowi była wpukloną, nie posiadaliśmy zaś ⊤ kaniuli, która w tym razie byłaby może najodpowiedniejszą. Założony kawałek rury był oczywiście w saméj górze szerszy niż poniżej i wystercał dość znacznie po nad głośnię, co nie dopuszczało wślizgnięcia się jego pod struny głosowe, ale z drugiéj strony znacznie utrudniało łykanie choréj. Skutkiem tego musiałem użyć innego rodzaju rurek. Powinna ona była posiadać wywinięty brzeg na wzór rurek O'Dwyera, takowe jednak były dla naszego celu za krótkie, rurka zaś prosta odpowiedniéj długości nie dałaby się łatwo przez głośnię przeprowadzić. Zamówiłem więc rurkę blisko 10 ctm. długości mającą na wzór kaniuli Königa ze spiralnéj taśmy z nowego srebra zrobioną, lecz prostą. Takową mogłem na sondę krtaniową naciągnąć i w ten sposób zagiętą do krtani wprowadzić, po wyjęciu zaś sondy musiała się ona sama wyprostować. Powtóre taka rurka będąc giętką nie utrudniałaby mimo swéj długości ruchów szyi, z powodu zaś wywiniętego brzegu mogłaby być wprowadzoną głębiéj t. j. tak, żeby ten brzeg na strunach głosowych spoczywał. Aby uniknąć możliwego zaciśnięcia błony śluzowéj między zwojami spiralnéj taśmy, co zwłaszcza przy wyjmowaniu rurki mogłoby być bardzo nie miłem, nawlókłem na nią rurkę gumową i w ten sposób urządzoną rurkę wprowadziłem do krtani. Przeszło tydzień potem chora z powodu zamknięcia kliniki przeniesioną została na oddział prof. Obalińskiego w szpitalu św. Łazarza. Tu próbowałem już wyjąć rurkę, pociągając za sznurek spotkałem jednak taki opór, że sznurek się urwał, a rurki wyciągnąć nie mogłem. Również nie udało mi się jéj wyciągnąć za pomocą kleszczy. Tak więc okazała się konieczną ponowna laryngofisura, któréj dokonał prof. Obaliński przy zwieszonéj głowie za jednem cięciem od

wewnątrz wzdłuż świeżéj blizny, poczem z łatwością wyjął rurkę, a następnie założył kaniulę i zaszył ranę po nad nią. Gdym chorą badał po wakacyjach w 3 miesiące, a potem $^1/_2$ roku i później po téj operacyi spostrzegłem, że operacyja celu nie chybiła, wygięcia tylnéj ściany ku przodowi wcale nie było, z dawnéj bliznowatéj tkanki resztki tylko na bocznych ścianach pozostały, światło krtani zupełnie szerokie tak, że chora dzień i noc z zatkaną kaniulą oddychać mogła. Tak więc kaniula mogła być wyjętą i rzeczywiście wyjąłem ją, ściągnąwszy ranę tracheotomijną plastrami. Próba ta udała się dobrze, t. j. chora oddychała zupełnie swobodnie, otwór jednak tracheotomijny nie ściągnął się wcale tak, że potrzeba było wykonać operacyję plastyczną w celu zakrycia takowego. Chora jednak po pierwszéj w tym kierunku nieudanéj próbie usunęła się od dalszego leczenia.

10) W przypadku dziesiątym wykonałem w kwietniu 1889 r. laryngofisurę z powodu rozległych owrzodzeń gruźliczych krtani. Chorego obserwowałem przedtem około pół roku i znalazłem u niego obok małego nacieku w samym prawym szczycie, owrzodzenia gruźlicze na strunie głosowéj prawéj przeważnie pod jéj brzegiem. Stosowałem tu kreozot wewnętrznie obok wypalań kwasem mlekowym, po części łyżeczkowania i galwanokautera. Stan chorego znacznie się poprawił, owrzodzenia częściowo się wygoiły, gdy skutkiem choroby przez dwa miesiące kuracyi daléj prowadzić nie mogłem. Po upływie tego czasu znalazłem znaczne pogorszenie, a mianowicie znaczne rozszerzenie się owrzodzeń, które od brzegu struny głosowéj prawéj w dół, a przytem na tylną ścianę krtani znacznie się rozszerzyły. Ponownie podjęte łyżeczkowanie, wypalanie galwanokauterem i wycinanie ostremi szczypczykami granulacyj wywołało dość znaczne obrzmienie nie tylko w krtani, ale zarazem i na szyi, które jednak przeszło w ciągu tygodnia. Szybko jednakże zaczęły bujać potem granulacyje pod prawem więzadłem tak, że w parę tygodni wywołały duszność tak znaczną, że musiałem przystąpić do tracheotomii. Wykonałem tu krykotomię, poczem zaproponowałem choremu wykonanie laryngofisury celem dokładnego wyskrobania i wypalenia dna wrzodów. Przeszło w tydzień po tracheotomii przystąpiłem do laryngofisury, którą wykonałem przy zwieszonéj głowie w asystencyi Dra Aronsohna i studenta medycyny Starachowicza. Po dokonaniu jéj znalazłem tylną ścianę krtani, równie jak całą prawą i część lewéj pokrytą wrzodami zlewającemi się, z dna których dość gęsto występowała bujająca ziarnina. Po prawéj stronie owrzodzenia zaczynały się od więzadła, a dochodziły bez przerwy aż do saméj kaniuli. Dodać winienem, że chrząstka tarczykowa była znacznie większa, t. j. wyższa, niż się to zwykle przytrafia, a przytem tarcze jéj nie schodziły się kątowato, lecz łukowato ze sobą. Mimo zachloroformowania powstawały odruchy przy każdem dotknięciu błony śluzowéj krtani tak, że po jéj rozcięciu wnętrze jéj wypędzlowałem 20% roztworem kokainy, a potem wyskrobałem jak najdokładniéj wszystkie miejsca owrzodziałe lub nacieknięte. Następnie, gdy krwawienie ustało, wypaliłem całą powierzchnię wyskrobaną kwasem mlekowym, poczem założyłem tampon z gazy jodoformowéj i ściągnąłem chrząstki szwami, prowadzonemi tuż nad chrząstką tarczykową bez jéj przebicia. Po operacyi wystąpił obrzęk na szyi, który ustąpił w ciągu tygodnia. Temperatura przez cały ten czas nie przekroczyła 37·2°. W 10 dni potem wyjąłem tampon i chory oddychał przy zatkaniu kaniuli dobrze, na tylnéj jednak ścianie widziałem płat ruchomy, zapewne podciętéj ostrą łyżeczką błony śluzowéj, który w dni kilka przyrósł do prawéj ściany. Badanie mikroskopijne dokonane przez Dra Krokiewicza wyskrobanych części wykazało wybitne gruzełki z epitelijoidowemi, po części olbrzymiemi komórkami; prątków Kocha nie znaleziono. Chory po operacyi miał się nie źle i chodził przez dzień z zatkaną kaniulą, którą na noc tylko odtykał. Po pewnym czasie jednak zaczęła bujać ziarnina zrazu po nad okienkiem kaniuli, później zaś i po wyżéj tejże tak, żem takową kilkakrotnie przez otwór tracheotomijny łyżeczkować musiał. Po kilku miesiącach chory wyjechał do Wiednia i odtąd go z oczu straciłem. O ile mi jednak wiadomo, w $^1/_2$ roku po operacyi miał się jako tako.

11) Jedenasty przypadek dotyczy kobiety z *chorditis vocalis inferior hypertrophica*, powstałéj na tle ropotoku Störka. U niéj wykonałem tracheotomiję (właściwie krykotomiję) na wiosnę 1889 w klinice prof. Korczyńskiego, a w parę tygodni później na oddziale prof. Obalińskiego laryngofisurę przy zwieszonéj głowie, poczem wyciąłem wtłaczające się wałki błony śluzowéj i założyłem tampon z gazy jodoformowéj. Wałki te były bruzdami oddzielone od brzegów strun głosowych, głos więc odpowiednio temu był dobry i takimże pozostał po operacyi. W trzy tygodnie po operacyi chora opuściła szpital bez kaniuli i z zagojoną raną tracheotomijną.

12) Dwunasty przypadek zupełnie do poprzedniego podobny tyczy się dziewczyny około 20 lat mającéj, gdzie wałki błony śluzowéj przechodziły częściowo na brzegi strun głosowych, skutkiem czego głos był znacznie upośledzony. Laryngofisurę wykonałem u niéj bezpośrednio po tracheotomii na wiosnę 1889 na oddziale prof. Obalińskiego przy zwieszonéj głowie, nie założyłem jednak szwów, celem przyjrzenia się na drugi dzień po rozwarciu krtani, czy ewentualnie nie trzeba będzie jeszcze jakiéj pozostałości wyciąć, ranę więc spojono tylko plastrami. Gojenie się trwało przez to nieco dłużéj tak, że chora w miesiąc dopiero szpital opuściła, wyszła jednak z dość dobrym głosem i bez kaniuli z zupełnie już zagojoną raną tracheotomijną. W obu tych przypadkach wycięte wałki błony śluzowéj były miękkie tak, że do cięcia nożem w szczypczykach przytrzymane być musiały. W obu przypadkach założono tampon z gazy jodoformowéj, który w 3—4 dni wyjęto.

13) Trzynasty przypadek ważny jest pod pewnym względem, dla czego dokładniéj opisać go winienem. Chora około 40 lat mająca leczyła się u mnie od czasu do czasu przez lat kilka z powodu nieżytu suchego połyku i nosa (*pharyngitis ac rhinitis sicca*). Wybitnéj ozeny z zanikiem muszel u niéj jednak nie znalazłem. Na wiosnę 1888 roku przybyła z bardzo znacznem zatkaniem nosa, które mi wrażenie twardziela (*rhinoscleroma*) robiło. Przez łyżeczkowanie rozszerzyłem zwężone przewody, a badanie mikroskopijne, wykonane przez Dra Krokiewicza, równie jak i kultura wykazała właściwe twardziela mikroby. Dodać winienem, że siostra pacyjentki przed kilku laty była operowaną w klinice prof. Mikulicza z powodu *rhinoscleroma*. Co się saméj pacyjentki dotyczy, zaznaczyć winienem, że zauważyłem już wtedy przerost błony śluzowéj w formie wałka pod prawą struną głosową, który już z jego brzegiem się zlewał, przez co głos znacznie ucierpiał, choć oddech był jeszcze zupełnie swobodny. W rok późniéj, t. j. na wiosnę 1889 r. przybyła chora do mnie znowu z objawami zwężenia krtani. Badanie wykazało wtedy, że błona śluzowa pod brzegiem struny głosowéj prawéj przerosła w wyższym jeszcze stopniu, gdy równocześnie i pod brzegiem struny lewéj przerost błony śluzowéj był bardzo wyraźny. Chora udała się do szpitala św. Łazarza w celu poddania się laryngofisurze. Po przyjęciu do szpitala wystąpiła u niéj tak znaczna duszność, że Dr. Bukowski, sekundaryjusz oddziału, musiał wykonać tracheotomiję w nocy. W tydzień potem dokonałem laryngofisury przy zwieszonéj głowie i wyciąłem następnie przerosłe części błony śluzowéj, które okazały się tak twarde i niepodatne, że je było można ciąć nożem bez przytrzymania pincetą, przyczem miałem uczucie jakby przecinania ścięgna. Ranę ściągnięto po założeniu tamponu z gazy jodoformowéj szwami przez części miękkie idącemi. Koło tygodnia potem spostrzegłem listwowato wtłaczającą się błonę śluzową ścian bocznych po nad okienkiem kaniuli. Części te usunąłem ostrą łyżeczką, okazały się one przytem dość miękkie. Badanie mikroskopowe tychże wykazało grzybki właściwe twardzielowi, których w poprzednio wyjętych (przy laryngofisurze) twardych kawałkach wcale nie było. W dwa tygodnie po operacyi wyjęto choréj kaniulę, wkrótce jednak spostrzegłem wytwarzający się guzek pod przednim kątem głośni, który na przednią część prawego więzadła pod jego brzegiem przechodził i widocznie częściowemu powrotowi dawnego przerostu odpowiadał. Guzek ten usunąłem endolaryngealnie głównie za pomocą galwanokautera, poczem chora wróciła do domu z oddechem zupełnie dobrym, ale bez głosu (tak, jak to i przed laryngofisurą było). W cztery miesiące po opuszczeniu szpitala przybyła chora do

mnie powtórnie z objawami miernego zwężenia krtani. Przy badaniu okazały się u niéj struny głosowe zgrubiałe choć dosyć równe, ruchomość ich na zewnątrz nieco upośledzoną tak, że skutkiem tego szpara głośni przedstawiała się węższą i krótszą niż w stanie normalnym, zawsze jednak do oddechu dostatecznie szeroką. Duszność pochodziła u niéj z pokładów zaschłéj sekrecyi, jakie się zwłaszcza pod głośnią gromadziły. Po założeniu rurki kauczukowéj Schröttera udawało mi się poruszyć i wyciągnąć dość znaczną ilość zaschłego lub gęstego śluzu, poczem oddech stawał się dość lekki; manipulacyję tę jednak co dzień powtarzać musiałem. Przytem był zupełny bezgłos, podobnie jak i przed laryngofisurą. Po paru miesiącach dylatacyi udało mi się szparę głosową nieco rozszerzyć tak, że chora z dość lekkim oddechem, lubo bez głosu do domu wróciła. (C. d. n.)

II. Orzeczenia sądowo-lekarskie Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Seryja druga.

XVIII.

Śmierć naturalna, czy z uduszenia.

Podał

Prof. Dr. Blumenstok.

(Dok. Patrz Nr. 12).

Przed kilku tygodniami odbyła się we Lwowie rozprawa ostateczna przed trybunałem przysięgłych przeciw oskarżonemu o morderstwo Antoniemu S. Z gazet dowiedziałem się, że S. skazany został na 6 czy 7 lat ciężkiego więzienia, a więc nie został uznany winnym morderstwa, lecz prawdopodobnie zabójstwa. Mimo moich starań nie mogłem dowiedzieć się, z jakich powodów taki zapadł wyrok, czy S. przyznał się po części, czy też pomimo ciężkich poszlaków przeciw niemu walczących trwał daléj w wypieraniu się wszelkiéj winy, a mimo to przez przysięgłych uznany został tylko winnym zabójstwa i z jakich powodów. Byłoby to bardzo pouczającem dla mnie, zwłaszcza, gdy wyrok ten uważam za bardzo odpowiedni z powodu, którego w sprawozdaniu nie wyłuszczyłem, o którym jednak wspomniałem na posiedzeniu Wydziału. Na mnie rzecz cała zrobiła wrażenie takie, że z Teklą T. spółkowano przed śmiercią; za tem przypuszczeniem przemawiało bardzo położenie, w którem zmarłą pierwotnie znaleziono, oraz ślad w sianie, że obok niéj druga osoba leżeć musiała. Wobec tego położenia, które pierwszy świadek w prostocie swojéj nazwał nieprzyzwoitem, obducenci powinni byli zbadać śluz pochwowy celem przekonania się, czy nie znajdą w nim plemników: ale pomimo zaniechania tego badania jako lekarz sądowy położyłbym wielki nacisk na domniemane spółkowanie przed śmiercią odbytego; jako referent Wydziału lek. wspomniałem o tem podejrzeniu zlekka atoli natrącając o niem w orzeczeniu. A jednak domysł ten nierównie więcéj jest uzasadnionym, aniżeli przypuszczenie pp. obducentów o pijatyce, spędzeniu nocy w komórce zimnéj, o powodach usiłowanego samobójstwa i t. d., a ma on znaczenie raz z powodu, że przypadki takie zdarzają się, iż kobieta śród spółkowania umiera z uduszenia, czy przypadkowego czy też umyślnie wywołanego przez przytłoczenie ciężarem ciała i zatkanie ust i nosa, a powtóre, że w danym razie, gdy najprawdopodobniejszą przyczyną śmierci Tekli T. było uduszenie gwałtowne, i o tym sposobie uduszenia tem bardziéj myśleć wypadało, o ile takowy mógłby stanowić okoliczność łagodzącą winę, właśnie z powodu niepewności, czy uduszenie było rozmyślne czy przypadkowe. Z tego też powodu sądziłem, że wbrew zasadzie, że Wydział lekarski nie powinien zapuszczać się w domysły, wypadało o tem podejrzeniu wspomnieć właśnie w interesie obwinionego. Być może, że ono stało się też powodem przypuszczenia ze strony przysięgłych winy mniejszéj, a tem samem skazania obżałowanego na karę znacznie łagodniejszą.

Kara ta mniejsza była także wskazaną z innego powodu ważnego, a mianowicie z powodu, że bądź co bądź sprawa nie jest całkiem wyjaśnioną i absolutnie pewną przynajmniéj ze stanowiska sądowo-lekarskiego. Jakkolwiek na orzeczenie pp. obducentów żadną miarą zgodzić się nie mogę, to jednak nie czynię im żadnego zarzutu. Oni działali według najlepszego swego przekonania i mając przed sobą zwłoki kobiety, nie okazującéj śladu gwałtu, myśleli zrazu o śmierci z otrucia, a potem znalazłszy pewne zmiany w nerkach przypuścili śmierć z mocznicy. Widocznie pospieszyli się z orzeczeniem, zapewne wskutek nalegania Sądu, nie znając szczegółów przypadku. Niestety względy na oszczędność są przyczyną, że Sądy nalegają na wydawanie orzeczeń bezpośrednio po uskutecznieniu sekcyj, nie zapoznawszy znawców z wynikiem śledztwa wstępnego i nie uwzględniając, że są przypadki, wymagające dojrzałego zastanowienia. Ztąd to pochodzą mylne orzeczenia, które w następstwie pociągają za sobą wydatki nie pozostające w żadnym stosunku do drobnéj kwoty za oszczędzonéj, a narażające na spaczenie sprawy ważne. I w danym przypadku zbrodniarz byłby wyszedł bez kary, gdyby nie ogłoszenie po gazetach i owo doniesienie bezimienne. Są to wady w postępowaniu naszem sądowem, powszechnie znane, których jednak nie usuwa się, zawsze tylko dla rzekoméj oszczędności. W ten sposób tłumaczę sobie także przypuszczenie samobójstwa usiłowanego. Rany rznięte na szyi rzeczywiście częściej są następstwem działania własnéj ręki, a przypuszczenie usiłowanego samobójstwa tem bardziéj jest dozwolone, jeżeli te rany są płytkie, jakby nieśmiałą ręką działane; rzecz naturalna, że i wobec takich ran działania ręki obcéj wykluczyć nie można, a to tem mniéj, jeżeli, jak w danym przypadku, nie było śladu obrażenia na innych jeszcze okolicach ciała, wyborowych dla samobójcy. Ale przedewszystkiem musi być sprawdzonem, że rany te zadane zostały za życia. Otóż dowodu tego nie tylko niema w danym przypadku, ale przeciwnie wszystko za tem przemawia, że rany po śmierci dopiero powstały, albowiem nigdzie śladu broczenia nie znaleziono, a przecież wiadomo, jak długo broczą powierzchowne nawet rany rznięte skóry. Na stole sekcyjnym rozpoznanie, czy rany takie powstały za życia lub nie, jest czasem bardzo trudne, a niepodobne, jeżeli obducent nie widział trupa w pierwotnem położeniu i nie przekonał się naocznie, że nigdzie na trupie i koło niego śladu krwi nie było. Natomiast Sędzia, który trupa widział w szopce, zauważył wyraźnie, że żadnych śladów krwi nie było nigdzie a nadto rany same nie musiały być znacznemi, skoro mu się wydawały j a k o ś l a d y o d d u s z e n i a pochodzące, a przynajmniéj od g n i e c e n i a. Nie chcę i tu zapuścić się w domysły, ale pytanie, czy pod temi ranami rzeczywiście nie było bruzdy, która późniéj wygładzić się mogła.

Trzymając się jednak ściśle protokółu sekcyjnego i przypuszczając, że nie było żadnych śladów zewnętrznych od duszenia pochodzić mogących, mimo to oświadczyć się należało za śmiercią z uduszenia z powodów wyłuszczonych przez znawców lwowskich, a głównie z powodu, że niewątpliwą jest rzeczą, iż śmierć Tekli T. nastąpiła szybko (zupełna płynność krwi) i że śmierci téj szybkiéj w inny sposób tłumaczyć nie można, jak przez udeszenie. Tu zahaczam o najsłabszą stronę, o prawdziwą piętę Achillesową dyjagnostyki

sądowo-lekarskiéj. Wbrew mniemaniu nietylko prawników, ale i wielu lekarzy, otwarcie przyznać raz należy, że nie posiadamy żadnych cech pewnych, śmierci z uduszenia dowodzić mogących. Przekrwienia trzew wcale nie są objawem stałym, a zresztą bardzo względnym, to samo tyczy się nawet owych wynaczynionek podopłucnowych, które uznano nietylko za dowód uduszenia w ogóle, ale nawet za cechę szczególnego rodzaju uduszenia; wszak spotykamy się z niemi i w przypadkach, w których o uduszeniu w znaczeniu ściślejszem mowy niema. Ileż to przypadków natomiast uduszenia gwałtownego notoryjnego, n. p. z powieszenia, w których sekcyja absolutnie żadnych zmian nie wykazuje, a musimy przy stole sekcyjnym wyznać, że niebylibyśmy w stanie rozpoznać śmierci z uduszenia, gdybyśmy nie wiedzieli z pewnością, że człowiek się powiesił. Nawet ślady zewnętrzne charakterystyczne, jak n. p. typowe ślady palców na szyi, jeszcze nie dowodzą śmierci z zadławienia, bo ściśle rzecz biorąc świadczą tylko o dławieniu, ale nie dowodzą, że śmierć wynikła z dławienia; podobny przypadek mieliśmy do ocenienia: znajdują człowieka martwego ze śladami palców ugniatających na szyi, oględziny wewnętrzne dają wynik ujemny; lekarze obducenci orzekają stanowczo, że śmierć nastąpiła z zadławienia; tymczasem zjawia się świadek, który widział, że denat był uchwycony za gardło, ale wyrwał się z rąk napastnika i uciekł; dognany ugodzony został kamieniem w głowę i wtedy padł na miejscu, gdzie go znaleziono; na głowie wyraźnego śladu obrażenia nie znaleziono; wypadało oświadczyć się za śmiercią z wstrząśnięcia mózgu i poprzedniem dławieniem. Dla tego też śmierć z uduszenia zawsze prawie przypuszczać można tylko na podstawie wykluczenia innéj przyczyny śmierci u człowieka poprzednio zdrowego a nagle zmarłego, przyczem uwzględnić należy wszystkie okoliczności uboczne, które, jak i w niniejszym przypadku, wielkie znaczenie mieć mogą. A ponieważ nie opieramy się w takich razach na podstawie ściśle anatomicznéj i wyłącznie lekarskiéj, dlatego też Wydział lekarski zgadzając się z orzeczeniem znawców lwowskich oświadczył się tylko z największem podobieństwem do prawdy ze śmiercią z uduszenia gwałtownego, a być bardzo może, że i ta okoliczność posłużyła na korzyść obżałowanego.

III. Z oddziału położniczo-ginekologicznego prof. Dra Madurowicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Sprawozdanie za rok 1888.

Podał

Dr. W. Harajewicz,

sekundaryjusz tego oddziału.

(Dok. Patrz Nr. 12).

Wykaz ten na pierwszy rzut oka przedstawia wzrost, i to dosyć znaczny, liczby kobiet, na oddziale położniczym opieki szukających, zaczem naturalnie zwiększa się także ilość porodów. Z wzrostem tym w parze iść musi i brak miejsca i coraz trudniejsze warunki pielęgnacyi położnic. Gdyby ten oddział funkcyjonował w czasie, w którym klinika położnicza jest zamkniętą, w razie takim chwilowe przepełnienie wielkiego znaczeniaby nie miało. Rzecz jednak ma się inaczéj. Jak rok bowiem długi, tak ciągle prawie wszystkie łóżka są zajęte, rzadko kiedy bywają miejsca wolne, a nieraz takie przepełnienie następowało, że umieszczenie wszystkich kobiet na znaczne trudności natrafiało. Bywały bowiem okresy, że tam, gdzie zaledwie na 25 łóżek jest miejsce, pomieścić trzeba było 48 kobiet.

Nic też dziwnego, że przez wzrost taki i skutkiem nieodpowiedniego rozmieszczenia zwiększa się także i liczba nieprawidłowo przebiegających połogów, bo i nadzór nad choremi trudniejszy, i utrzymanie skrupulatne czystości trudniejsze.

Mimo to jednak rezultaty, jakie wykazać możemy, do złych nie należą, a dodać tutaj muszę i tę okoliczność, że do utrudnień brakiem miejsca wywołanych, wziąć na uwagę trzeba i osobiste, na które się natrafia u kobiet na oddział położniczy przychodzących. Przeważna bowiem ich część rekrutuje się z ludu wiejskiego lub ze służących, również ze wsi pochodzących, gdzie wyobrażenia o traktowaniu rodzących i położnic tak nisko stoją, jak tylko być może, co znowu brakowi akuszerek na prowincyi przypisać należy.

Gdy tedy taka rodząca lub położnica przyjdzie na oddział, chciałaby przedewszystkiem mieć takie warunki i obejście, o jakich ją w domu pouczono. Zatem po porodzie najeść się do syta, chodzić po stancyi, z opasanym i dobrze ściągniętym brzuchem i w ogóle nie zachowywać ani dyjetetycznych ani higienicznych zasad. Jeżeli zaś tym kobietom odmówi się swobody na tym punkcie, co zresztą jest rzeczą naturalną, natenczas szukają lada sposobnéj okoliczności, aby wykroczyć przeciw surowym i nieludzkim, w ich wyobrażeniu, prawom. Przy tych więc okolicznościach niezmiernego trzeba dozoru i starania, stanowczości wielkiéj, aby wszystko utrzymać w należytym ile możności porządku. Mimo to jednak zdarza się często, iż przez niezachowanie przepisanego sposobu życia prawidłowy przebieg połogu bywa zakłóconym. Najczęściéj występują zmiany zapalne w okolicy macicy, dla których oprócz wyżéj wymienionych nieraz żadnéj przyczyny wynaleźć nie można.

Jeżeli bowiem każda rodząca przynajmniéj dokładnie bywa obmytą, gdy czasu na wykąpanie jej już brakło, przestrzykana 3% kwasem karbol. mięszanym na pół z ciepłą wodą przed porodem, a następnie i po porodzie, a wreszcie dostaje się do zupełnie świeżo i czysto zasłanego łóżka, toć chyba chorobę jéj samozakażeniu przypisać należy, przyspieszonemu lub popartemu nieodpowiednem zachowaniem się położnicy.

Mógłby ktoś zrobić zarzut na tem miejscu, iż właśnie, według badań najświeższych, położnice nieprzestrzykiwane, lepiéj i częściéj odbywają prawidłowy połóg, aniżeli przestrzykiwane. Ja jednak tem usprawiedliwić się muszę, że ani jedna prawie z przybywających na oddział nie była nie badaną. Rodzące bowiem i ciężarne, z kliniki do szpitala na poród przysyłane, służyły pierwéj za materyjał naukowy dla studentów, rodzące zaś, które ze świata bezpośrednio jako takie bywają przyjmowanemi, muszą być w sali przyjęcia przez lekarza dyżurnego zbadane.

W takich więc warunkach niepodobieństwem jest zostawiać każdą tak, jak ona jest, ale owszem należy, jak najskrupulatniéj desinfekcyję przeprowadzić, aby nie być narażonym na zarzut braku pielęgnacyi, lub zaniedbania zasad czystości.

Do przestrzykiwań używam zazwyczaj 3% kw. karbol. na pół z ciepłą wodą, a jako naczynia irrygatora szklanego i kanki szklanéj krótkiéj, która pozostaje już do użytku, li tylko u téj położnicy, która nią była przestrzykiwaną. Kanki te zaś umieszczone są w słoikach, 5% kw. karbolowym wypełnionych.

Przed każdą operacyją desinfekcyja naturalnie tem jest dokładniejszą, o ile to być może, a mimo to z roku 1888 mniéj pomyślne rezultaty zaznaczyć mogę, które jednak w znacznéj części należy przypisać niezależnym od opieki szpitalnéj okolicznościom. Z operowanych bowiem 12·3 przebywały nieprawidłowy połóg. U dwóch części rodne były zajętemi, t. j. jedna umarła, o któréj pod l. III. wspomniałem, druga zaś po wyjęciu łożyska krwawiła przez czas dłuższy, skutkiem *atonia uteri*. Jedna przebywała w czasie połogu uporczywą zimnicę.

Do téj ostatniéj choroby nawiązując, zaznaczyć muszę, że stanowi ona istotną plagę, dającą się uczuć, szczególniéj w starym gmachu szpitala. Grunt nisko położony i wilgotny, w bliskości brzegów rozlewającéj Wisły jest przyczyną nieustających w téj okolicy przypadków zimnicy. Odbija się też to i na kobietach, na oddziale położniczym leżących. Z początku wydawało mi się, że objawy obserwowane trzeba do

sprawy połogowéj odnosić. Gdy jednak nieustające powtarzanie się takich przypadków i ustępowanie choroby po podawaniu chininy skonstatować mogłem, połóg zaś przechodził zupełnie prawidłowo, przyszedłem do przekonania, że miasma zimnicę wywolujące i tutaj bujny grunt do rozwoju znalazło.

Uderzającą rzeczą przy tem jest w występowaniu zimnicy na oddziale położniczo-ginekol., że największa ilość przypadków pojawia się z porą wiosenną, podczas robót w gruncie niedaleko od oddziału położonym i wśród czyszczenia i większych reparacyj na oddziale przedsiębranych. Że zaś dla konieczněj czystości raz na rok przynajmniéj skrobać ściany i bielić potrzeba, przeto w każdym roku występuje rodzaj endemii zimniczéj pomiędzy położnicami i choremi ginekol. Chociaż tak częsta choroba ta jednak nieoddziaływała w ogóle szkodliwie na przebieg połogu. Dwa razy tylko obserwować mogłem *atonia uteri* u osób, które uporczywe napady przebywały i przez to samo naturalnie wystawione były na złe odżywienie i osłabienie organizmu całego, które ujemnie na regeneracyję części rodnych wpływało.

Z chorób zakaźnych w ogóle z wyjątkiem jednego przypadku ostréj grużlicy prosówkowéj nie spostrzegałem żadnéj, któraby na sprawę czysto połogową niepomyślny wpływ wywierała, pomimo, że nieraz z groźnemi przebiegały objawami i chociaż niedługo trwały, poważne jednak wzbudzały niebezpieczeństwo.

Ze względu na lekowanie w danych przypadkach, to nie mam wielu środków do zanotowania, któreby się w skutkach okazały polecenia godnemi.

Z nowszych największe zastosowanie miały 3 środki to jest: *Extractum fluidum hydrastis canadensis*, *Cocainum* i *Antifebrinum*. Co do zastosowania tychże, to należy powiedzieć, że ostatnia łatwo wyrobić sobie może wzięcie w praktyce szpitalnéj, tak z powodu pomyślnego działania jako też i taniości, pierwsze zaś prawie w wyjątkowych tylko razach dla cen wysokich używanemi bywały, ale obadwa odpowiednio podane znakomicie działają. *Extr. hydrastis canad.* używane w przypadkach krwawienia z macicy, gdy przyczyną tegoż jest złe lub niezupełne zwijanie się organu tego po porodzie lub gdy zbyt wiotka albo w warstwie gruczołowéj przerosła błona śluzowa łatwo za lada przyczyną daje powód do wynaczynienia obfitego. W takich razach działa bardzo pomyślnie

Zazwyczaj podawałem ten środek w dawkach 20 kropli 3 razy dziennie i po 2 do 4 dniach otrzymywałem albo zupełnie dodatni rezultat, albo znakomitą poprawę stanu. Kilkanaście tego rodzaju przypadków nie stanowi wprawdzie jeszcze poważnéj i przekonywającéj cyfry, daje jednak podstawę do zaufania do środka ze wszech miar użytecznego, a to tem bardziéj, że w razie koniecznego podawania *Extr. secal. cornuti*, gdy skutek tegoż wolno postępuje, a grozi obawa zatrucia, można go chwilowo skutecznie zastąpić tamtym lekiem, aby uniknąć powrotu złego stanu.

Ubocznych jakichś niemiłych objawów podczas podawania *hydrastis* nie uważałem, owszem chore z chęcią lek ten brały, nie narzekając nań wcale.

Kokaina, jako zbyt droga na lek szpitalny, miała zastosowanie nader skromne, ale co do rezultatów bardzo dobre. Nie wspominając już o jéj działaniu w zabiegach chirurgicznych, które są aż nadto każdemu znajome, wspomnę tylko o używaniu jéj w owrzodzeniach brodawek u kobiet karmionych. Lekarze praktyczni w ogóle wiedzą z doświadczenia, jak uporczywą i bolesną, a przez to i szkodliwą dla karmiących i osesków, sprawą bywa takie owrzodzenie. Wszelkim nieraz zabiegom opiera się to zboczenie na pozór drobne, a jednak ważne, lekarzowi zaś trudu i kłopotu dodaje. Otóż kokaina w owrzodzeniach takich okazała się bardzo praktyczną. Gdy ono tedy wystąpiło, wówczas po dokładnem obmyciu i oczyszczeniu brodawki, przykładam na nie szmateczki napojone rozczynem składu:

Cocaini muriat. . . . 0·20—0·50
Antipyrini . . . . 1·0— 3·0
Glycerini
Aquae destill. āā . . 7·50

pośród takiego traktowania rzeczy ból najczęściéj szybko przechodzi, a gojenie rychło następuje. Dodaję zaś antipyryny, jako środka równocześnie ściągającego cokolwiek i antiseptycznego, a zupełnie ani karmicielce, ani oseskowi nieszkodliwego. Co zaś do kokainy, to nigdy nie spostrzegałem, aby osesek ponosił jakąś szkodę z wessania odrobinek tego leku, może dla tego, że bezpośrednio przed podaniem piersi brodawki znowu musiały być dokładnie obmyte.

Antifebryny używałem w przypadkach silnéj i długotrwałéj gorączki, wreszcie w nerwobólach i znacznych rozdrażnieniach nerwowych.

Działanie jéj w gorączce nie zawiodło w żadnym przypadku, ale tylko ze względu na samą podniesioną ciepłotę, gdyż na zasadniczą chorobę wpływu żadnego nie miała. Przypadków w ten sposób lekowanych obserwowałem 12. W każdym z nich, gdy ciepłota, skutkiem zakażenia miejscowego w jamie lub w okolicy macicy, albo też w przypadkach ogólnéj już infekcyi szybko podnosiła się do 39·5 lub 40·0, tem bardziéj zaś, gdy dłużéj w téj mierze pozostawała, podawałem antyfebrinę. Dawki po 0·25 powtarzałem 4 razy co $^1/_2$ godziny. Zazwyczaj już po pierwszym proszku można było stwierdzić obniżenie ciepłoty o 0·2 do 0·5, a wpół do jednéj godziny po ostatnim proszku już najczęściéj temperatura była normalną i na tym stopniu utrzymywała się 4 do 6 godzin. Gdy opadanie ciepłoty po tych dawkach szybko następowało, to i następne podnoszenie wcześniéj i szybciéj dawało się spostrzegać poprzedzone silnym dreszczem.

Jeżeli jednak ciepłota wolno i stopniowo obniżała się, natenczas i stan apyreksyi trwał i wznoszenie się ciepłoty było powolniejszem. Przy zniżaniu się szczególniéj szybkiem występowały obfite poty czasem dreszczem poprzedzone, a chore doznawały uczucia swobody i ulgi.

Sądzę więc, że gdy lek ten w dawkach wyżéj wymienionych podawany nie sprowadza żadnych ubocznych niemiłych objawów (bo takowych nie zauważyłem nigdy), chociaż na samą chorobę bezpośrednio nie oddziaływa, to przecież podawanie go jest nieraz użytecznem, a nawet wskazanem. Odnosi się zaś to, mianowicie do tych przypadków z gorączką połączonych, gdzie właśnie z powodu téj ostatniéj możnaby się obawiać bezpośrednio złych następstw z ciągle a znacznie podwyższonéj ciepłoty.

Jako środek kojący bóle nerwowe posiada antifebryna również niepoślednie zalety. Podawałem ją wśród bólów nerwowych głowy i w nerwobólu nerwu kulszowego.

Bóle głowy nie oparte na nieprawidłowem funkcyjonowaniu przewodu pokarmowego, lub na niedokrewności mózgu, a zatem przy gorączce, nerwowem ogólnem rozdrażnieniu lub z przyczyn bliżéj objaśnić się nie dających, ustępowały zazwyczaj po podaniu 1 lub 2 proszków po 0·25, chociaż potem, gdy działanie leku ustępowało, często dawały się uczuwać. W każdym jednak razie uwolnienie choréj od tego cierpienia, chociażby chwilowe tylko, ma przecież wielką wagę.

Nerwoból w zakresie nerwu kulszowego miałem sposobność tylko 2 razy antifebr. leczyć i znowu tutaj powiedzieć mogę, że wynik był pomyślnym. Obadwa przypadki przebiegały ostro. W jednym po prawidłowym połogu napady ustały zupełnie po 6 dniowem podawaniu tego leku (po 3 gr. dziennie) z równoczesnem smarowaniem trą jodową wzdłuż bolesnego miejsca, w drugim zaś po 5 dniach tak znacznie zmniejszyły się senzacyje nerwowe, że chora więcéj uczucia cierpienia i szczypania doznawała, aniżeli prawdziwego bólu.

Na tych kilku uwagach kończę niniejsze sprawozdanie, rezerwując sobie dalsze uwagi i spostrzeżenia do sprawozdania z roku 1889.

Na tem miejscu niechaj mnie wolno będzie wyrazić najgłębszą wdzięczność memu przełożonemu J. W. P. Prof. Drowi Madurowiczowi, który łaskawie i z ufnością cały materyjał mnie powierzył, a nauką swoją i radą zawsze nieświadomemu szedł w pomoc.

IV. Z praktyki prywatnéj.

Przyczynek do kazuistyki pasorzytów wrzekomych (*pseudoparasitaere Affectionen*) u człowieka.

Podał
Dr. T. Bąkowski,
b. asystent Uniwersytetu Jagiell.

Jakkolwiek przypadek poniżéj opisany nie należy do bardzo ciekawych, to jednak ze względu na dosyć rzadkie ogłaszanie podobnych spostrzeżeń sądzę, że ogłoszenie tegoż będzie usprawiedliwione.

Dnia 13/7 1889 r. przywieziono do mnie półroczne dziecko, którego matka z płaczem opowiadała, że dziecko „w głowie ma robaki“ i że te się mocno roją. Sądziłem, że kobieta się myli; po odkryciu głowy zobaczyłem jednak po nad kością boczną lewą czaszki trzy okrągłe wrzody wielkości pół centimetra w średnicy, oddalone od siebie na jaki centimetr, a z wrzodów tychże co chwila wydobywające się i znów kryjące, obłożone ropą twory obłe, wystawiające ze swego górnego otworu pokarmowego co chwila jakby parę szczęk delikatnych. Wrzody powyższe przestrzykałem 5% kwasem karbolowym (a nie sublimatem ze względu na wiek dziecka) i wydobyłem pensetą około 10 sztuk już to zdechłych, już zdechających gąsieniczek (*larvae*) brudno białych, kształtu wrzecionowatego, o końcu grubszym, odpowiadającym głowie (z eliptycznemi szczękami) i cieńszym odpowiadającym ogonowi, długości 1 centimetra, zaś od 2·50—3 milimetrów średnicy w środku obłego z 15—20 pierścieni złożonego ciała. O ile z badania bliższego wnosić mogę, były to gąsienice muchy tak zwanéj końskiéj, a może i zwykłéj większéj muchy. Po takiem wystrzykaniu sądziłem, że doszczętnie wszystkie gąsienice zniszczyłem. Zdziwiłem się jednak, gdy za kilka minut przyszła do mnie matka z dzieckiem mówiąc, że robaki na nowo się roją. Istotnie nowe gąsienice się roiły i to jak przedtem zupełnie nie osłabione. Wydobyłem zatem te, które były u wierzchu, a zbadawszy zgłębnikiem przekonałem się, że od wrzodów sięgają pod skórę w kilku kierunkach długie na 3—4 centimetrów kanały, z których z trudnością jeszcze 8 sztuk tychże gąsienic całkiem silnych wydobyłem. Wrzody posypałem proszkiem jodoformowym i założyłem zwykły opatrunek chirurgiczny. W kilka dni zgłosił się ojciec mówiąc, że „robaków“ już nie ma.

Ze cierpienie opisane nie było bagatelnem, wskazuje na to parutygodniowy wielki niepokój dziecka i podupadłe jego odżywienie, a nie ulega wątpliwości, że przy dłuższem jeszcze rozwijaniu się pasorzytów wobec wielkiéj bardzo bliskości ciemiączka i możebności nadwerężenia tegoż przez pasorzyty wyniknąć mogły groźne dla tak małego dziecka następstwa.

Do ogłoszenia tego przypadku skłoniła mnie przeważnie umieszczenie głębokie gąsienic, bo w odległości 3-4 centimetrów od wrzodu w niezbyt podatnéj tkance podskórnéj czaszki, wskazujące, że gąsienice muchy rozwinąć się mogą i żyć w organizmie ludzkim względnie daleko od otworów, któremi potrzebny dla ich życia kwasoród dostać się może, a więc w warunkach nie zbyt dla siebie przyjaznych, jak to wykazał Senator w przypadku poniżéj w wyciągu podanym, gdzie gąsienice muchy masami przez długi czas żyły w żołądku 28-letn. człowieka.

W parę dni po wydobyciu gąsienic przesłałem kilka okazów w spirytusie do zakładu zoologicznego Uniw. Jagiell. dla łaskawego zbadania i bliższego oznaczenia gatunku, jednak niestety żadnéj odpowiedzi nie otrzymałem.

V. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Docent E. Bumm (Würzburg): **Przyczynek do etyjologii septycznego zapalenia otrzewny.**

Uwzględniając etyjologiję, rozróżnia B. następujące rodzaje zapalenia otrzewnéj: I. Zapalenie aseptyczne (niezakaźne, proste, dobrotliwe). Powstaje ono bez czynnego współudziału prątków wskutek bodźców mechanicznych, chemicznych lub termicznych, działających na otrzewnę. Cechuje się ono skłonnością do wypociny włóknikowéj i zlepiania blaszek błony surowiczéj, bywa zwyczajnie ograniczone, może jednak stać się także ogólnem, jeżeli bodziec działa na całą otrzewnę. Czy bezgnilne zapalenie otrzewny może stać się także ropnem, jest jeszcze wątpliwem. II. Zapalenie otrzewny gnilne. a) Zapalenie ze streptokokami powstaje najczęściéj wskutek zakażenia połogowego, może jednak także powstać wskutek przebicia gnilnych ognisk ropnych do otrzewny, przez zakażenie podczas operacyi i zranień. Prawdopodobnie mogą także ropotwórcze stafilokoki sprowadzić podobne postacie ropnego zapalenia otrzewny, jak streptokoki. b) *Peritonitis putrida.* Powstaje ona po laparotomijach i po przedziurawieniu narządów wydrążonych brzucha, w ostatnim przypadku jednak tylko wtedy, jeżeli połączenie między jelitem, a jamą brzuszną, a tem samem doprowadzanie materyjalu, zawierającego prątki, n. p. treści jelitowéj, jest trwałe. Jeżeli dostanie się, jak n. p. często z wyrostka robaczkowego, tylko mało kału do jamy otrzewnowéj, wtedy następuje jego otorbienie za pomocą pasm włóknikowych. III. Swoiste zapalenie otrzewny. Tu należy przedewszystkiem zapalenie otrzewny gruźlicze. Czy istnieje także rzeżączkowe zapalenie otrzewny, jest jeszcze bardzo wątpliwem. Mikroby rzeżączki mogą rozwinąć chorobotwórcze wpływy tylko na błonach śluzowych, natomiast giną na błonach surowiczych. Czysta ropa rzeżączkowa, która z pękniętych worków jajowodów wylewa się na otrzewnę, działa zwykle tylko jako bezgnilne ciało obce i zostaje otorbioną. Inaczéj rzecz się ma, jeżeli ropa jajowodów pierwotnie tryprowa wskutek zakażenia mięszanego dostaje także ropotwórcze zarodki. W takim razie może przebicie ropy sprowadzić gnilne zapalenie otrzewny. Powstanie gnilnego zapalenia otrzewny ma praktyczne znaczenie przy laparatomijach, gdyż należy się spodziewać, że tem łatwiéj i skuteczniéj zdoła się go uniknąć, im dokładniéj się pozna jego przyczyny; powyżéj przytoczone wyniki są owocem badań, które autor w ostatnich kilku latach przeprowadził. (*Münch. med. Woch.*, 1889, Nr. 42).

Hyde (Chicago): **Trzy przypadki symetrycznego schorzenia rąk i nóg.**

H. donosi o trzech przypadkach choroby dotychczas jeszcze mało znanéj, którą Vésigné nazwał „*mal perforant du pied*“; nazwa ta jest niedobrą, gdyż choroba ta może występować także na rękach. W przebiegu téj choroby występują najrozmaitsze objawy: *Bromidrosis*, tworzenie się pęcherzyków i guzków, owrzodzenia; *Hypertrichosis*, wypadanie włosów, *Hyperidrosis*, przerost przyskórka, *Onychauxis* i *dystrophia unguium*. Najważniejszą oznaką jest, że choroba z wyjątkiem nielicznych i to zwykle najcięższych przypadków ogranicza się do rąk i nóg, albo do części najbliżéj nich leżących. Autor przypuszcza zmiany w nerwach jako przyczynę choroby, uwzględniając szczególne jéj umiejscowienie się. Duhring z Filadelfii używał przeciw téj chorobie arsenu z dobrym skutkiem. Zgrubienie przyskórka usunąć można za pomocą nasyconego rozczynu kwasu salicylowego i kolodijum. (*Viert. f. Dermat. u. Syph.* Rocznik XX). *Dr. Baschkopf.*

Prof. H Senator (Berlin): **Przypadek żyjących gąsienic muchy domowéj w jamie ustnéj i żołądku.**

Wrzekomo pasorzytniczemi objawami (*pseudoparasitöse Affectionen*) nazywamy objawy, jakie występują w organizmie ludzkiem po dostaniu się do niego istot zwierzęcych żyjących, a zazwyczaj po za niem przebywających. Do tych wrzekomych pasorzytów należą zwykle muchy pokojowe *Anthomyca* i *Musca domestica*, które składają często jaja na ranach nieczystych zewnętrznych skóry lub błony śluzowéj. Do nadzwyczajnych jednak rzadkości należy wylęganie się gąsienic tychże much w głębi organizmu, jak to następujący przypadek poucza: Młodzieniec 28 letni cierpiał od pewnego czasu na mdłości. Lekarz podał mu dla przekonania się, czy niema do czynienia z tasiemcem, odpowiedni środek, po zażyciu którego nastąpiły wymioty ogromnéj ilości gąsienic białych żyjących i żywo się poruszających. Wypłukiwania żołądka i podanie santoniny były bez skutku, a wypluwanie i nawet wyjmowanie gąsienic palcem z ust powtarzało się ciągle.

Prof. zoologii Eichardt rozpoznał je jako gąsienice zwykłej muchy pokojowej. Podobne przypadki opisali przedtem Summa, Gerhardt, Meschede i Lubliński (*Deutsche med. Wschft.*, 1885, Nr. 44). W poliklinice berlińskiej obserwował także raz jeden Dr. Seligsohn przypadek wydobywania się glistnicy robaczkowej (*Oxyuris vermicularis*) u 10-letniej dziewczynki ustami. Przypuścić należy, że w przypadku prof. Senatora jajka muchy z pożywieniem do jamy ust i żołądka się dostały i tamże wylęgały. (*Bl. kl. Wschft*, 1890, Nr. 7).

Dr. Mendelsburg.

Choroby wewnętrzne.

Prof. P. K. Pel (Amsterdam): **Jakiego stetoskopu powinien używać lekarz?**

Pytanie, która słuchawka jest najlepszą, nie jest dotychczas jeszcze szczęśliwie rozstrzygniętem. Mimo gorącego polecenia słuchawki stałéj (akuoksylon) przez Niemeyera, używamy w praktyce prawie wyłącznie słuchawek wydrążonych, które też rzeczywiście zasługują na pierwszeństwo przed pełnemi. Obecnie używa się najwięcéj stetoskopu Traubego z płytką uszną wklęsłą, płaską lub wypukłą. Najodpowiedniejszym z nich jest stetoskop z płytką wklęsłą, obejmującą całą muszlę uszną. W drugim rzędzie stoją stetoskopy wydrążone giętkie bez lub z oddzieleniem lejka podstawowego za pomocą błony gumowéj. Słuchawki te posiadają pewne zalety przed poprzednio opisanemi narzędziami. Na trzeciem miejscu stoją słuchawki dwuuszne, używane w Ameryce, Anglii i Francyi. Od wielu lat przeprowadza P. porównawcze badania przy łóżku chorego za pomocą trzech wyliczonych rodzajów słuchawki, porównywając ich zalety i wady i przyszedł do przekonania, że stetoskop obuuszny jest najlepszym ze wszystkich. Zalety jego są: wysłuchiwać można każde miejsce klatki piersiowéj bez przeszkadzania choremu i wywierania nieprzyjemnego ucisku. Osłuchiwanie tylnéj dolnéj części klatki piersiowéj, tak utrudnione u ciężko chorych za pomocą słuchawki niegiętkiéj, jest łatwo wykonalne. Pożądana odległość między chorym a badającym jest według woli ostatniego zapewnioną. Najważniejszą zaletą jest zwiększone i dokładne przewodnictwo fal głosowych. Doświadczenie poucza, że dobre dwuuszne słuchawki tak dokładnie przewodzą i wzmacniają dźwięk, że już względnie słabe fale dźwiękowe zamieniają się w wyraźne i dokładne wrażenia słuchowe i najsłabsze szmery tylko za pomocą téj słuchawki usłyszeć można. Silne przewodnictwo głosu za pomocą niéj polega: 1) na przyprowadzaniu fal z dwu stron, więc na podwójnem przewodnictwie; 2) na dokładnem nieprzerwanem, stałem przewodnictwie od klatki piersiowéj chorego aż do kostnéj części narządu słuchowego badacza, z powodu czego fale prawie nic nie tracą na nasileniu; 3) na silnem oddźwięczaniu fal poniżéj stężałych prawie ścian narzędzia, z wykluczeniem przestworu powietrznego, zawartego między płytką uszną zwykłego stetoskopu i małżowiną uszną i 4) na zupełnem oddzieleniu obu uszu od świata zewnętrznego. Najlepsze słuchawki tego rodzaju wyrabia firm Weiss (*Londyn, Strand*) za cenę 28 marek. P. poleca bardzo używanie téj słuchawki. (*Berl. kl. Woch.*, 1889, Nr. 43). *Dr. Bf.*

Choroby nerwowe.

Prof. Krafft-Ebing: **Bezsenność i leki nasenne.**

Podczas snu wszelkie czynności mózgu, a przedewszystkiem jego funkcyje psychiczne, daléj cała pobudliwość systemu nerwowego jest leniwą, a co za tem idzie i wszełka praca mechaniczna reszty narządów jest zmniejszoną, a przemiana pierwiastków powolniejszą. W okresie więc snu zaoszczędza i gromadzi się pewna ilość siły żywotnéj do dalszéj pracy nam służyć mająca. Granica między snem a czuwaniem nie jest ostrą, ale istnieje pewien stan półsnu, w którym czynność kory mózgowéj nie zupełnie uspokoiła się, a u ludzi cierpiących odpoczynek nocny często na takim półśnie się kończy. I obrazy senne (sny) są także objawem półsnu, głęboki bowiem i zdrowy sen wyklucza wszelką czynność psychiczną. Najsilniejszym jest sen w początku, słabszym w miarę końca swego, dla tego też obrazy senne nad ranem zazwyczaj się pojawiają. W czem mózg śpiącego od czuwającego się różni, jest rzeczą zupełnie jeszcze niejasną.

Bezsenność jest objawem patologicznym i wypływem pewnych zmian w funkcyjach centralnego ogniska nerwowego. Jak długo by człowiek bez snu mógł żyć, trudno dojść, bo bezsenność jest rzeczą względną, snem ostatecznie zawsze się kończącą. Przyczynami bezsenności są:

1. Stan gorączkowy.
2. Zatrucia pewnemi ciałami, jak n. p. kofeiną, teiną, kokainą i tytoniem, daléj zatrucia chroniczne morfiną i alkoholem.
3. Charłactwo ogólne, a zatem i mózgu, wywołane bezkrwistością.
4. Choroby mózgu, procesy zapalne, czy też zmiany czynnościowe kory mózgowéj.
5. Zboczenia psychiczne n. p. omamy, urojenia.
6. Choroby nerwowe: a) silne przedrażnienia kory mózgowéj skutkiem przeciążającéj pracy umysłowéj. b) Silna emocyja nerwowa, czyli rozdrażnienie nerwów. c) Silne zadrażnienie nerwów zmysłowych n. p. nużące mikroskopowanie, opera Wagnera (!) lub pobliskie krzyki, hałasy itd. d) obwodowe zadrażnienia czuciowe jak neuralgije, ból zębów. e) Zboczenia odruchowe n. p. kurcze mięśniowe, polucyje etc. f) Zboczenia naczynio-ruchowe w postaci bicia serca z lękiem.

Leczenie bezsenności winno odpowiadać zasadzie: „*cessante causa cessat effectus*“. Jeżeli nie możemy usunąć przyczyny, w takim razie leczenie ogranicza się do sztucznego wywołania snu za pomocą znarkotyzowania mózgu.

Stan gorączkowy zwalczamy okładami zimnemi lub lekami przeciwgorączkowemi; jeżeli mimo to sen się nie pojawia, to najlepiéj podać paraldehyd, sulfonal lub uretan. Te bowiem leki nasenne nie są przeciwwskazane w gorączce.

Zatrucia zwalczamy przeciwtrutkami, lub odwykaniem powolnem. W bezsenności morfinistów dobrze skutkują: piscidia, hypnon i brom, a bezsenność pijaków ustępuje najlepiéj działaniu paraldehydu, sulfonalu lub strychniny.

Charłactwo usunąć należy dobrem odżywianiem, a sen tymczasowy sprowadza posilna kolacyja w połączeniu z piwem lub dobremi winami.

W chorobach mózgowych trudno często jest podać racyjonalne wskazania. Trzeba najpierw wiedzieć, co jest przyczyną cierpienia, czy przekrwienie, czy zadrażnienie niewydalonemi produktami rozpadowemi i t. d. W przekrwieniach ergotyna działa nasennie. Zboczenia psychiczne też przedstawiają rozliczne trudności, bo i przyczyny ich często są ukryte. U melancholików podajemy opijum, sulfonal i brom, u maniaków najlepiéj wywoływać sen za pomocą długich kąpieli, naparstnicy i sporyszu. *Dementia acuta* i *Delirium asthenicum* najczęściéj ma za podstawę bezkrwistość, dlatego najchętniéj leczymy bezsenność w przebiegu jéj hydroterapiją, elektrycznością i miesieniem.

Przyczyny nerwowe bezsenności pod 6) wymienione zwalczamy zazwyczaj dyjetetycznie kąpielami, lub też samemi opaskami Priessnitza, elektrycznością i w ogóle zmiennym trybem życia.

Często jednak musimy się zadowolić leczeniem symptomatycznem, podawając leki sztucznie sen wywołujące. Nie powinniśmy nigdy zapominać, że są one w większych dawkach truciznami i że po pewnym czasie zawodzą, więc ciągła ich zmiana, jako też indywidualizowanie i ciągły nadzór lekarski są rzeczami koniecznemi.

Najpopularniejszym lekiem nasennym jest wodnik chloralu. Przeciwwskazany jest w wadach serca i w stłuszczeniu tegoż organu, w miażdżycy naczyń i w chorobach gorączkowych. Nigdy nie powinniśmy przekraczać dawki 3 gramów. Podawany długo wywołuje chroniczne objawy zatrucia i grozi życiu. Podaje się go *per os* lub *per anum*, nigdy podskórnie. Najlepszą odtrutką jest strychnina (0·001 podskórnie) jako też beladona. Do chloralu podobny jest somnal i tak samo się go podaje.

Paraldehyd. Dawka przeciętna 4·0—8·0. W 70% wywołuje 4—8 godzinny sen. Niema ubocznych nieprzyjemnych działań, mniéj trujący od chloralu i dlatego dłużéj go podawać można bez obawy zatrucia, nawet w dawkach 20·0 dziennie. Najlepiéj działa u neurasteników i histeryków, prze-

ciwwskazań nie posiada, podawać go więc możemy we wszystkich przypadkach chorobowych.

Opijum i jego przetwory. Najstarszy to lek nasenny, mimo to wskazania jego jeszcze nie są dokładne. Działa stanowczo zwalniająco na komórki zwojowe i ścieśnia naczynia. Podaje się je zazwyczaj w obłędzie opilczym. Wiele osób opijatów lub morfiny nie znosi, bo wywołują często wymioty i rozdrażnienie. Prócz tego morfina podniecą stan psychiczny tworząc morfijofagów.

Cannabin i Cannabinon. Najczęściej używa się *cannabinum tannicum* w dawkach 0·30—1·0. Lek to niepewny a drogi.

Hyosciamin. Wstrzykuje się podskórnie w dawkach 0·005—0·01. Przetwór ten jest silną trucizną sercową. Często podawany działa nadzwyczaj zgubnie na ogólne odżywienie, jako też na cały narząd nerwo-naczyniowy. Ogromna uwaga i ostrożność jest konieczną przy podawaniu. Najlepszą odtrutką jest morfina.

Hypnon. Został wytworzony w r. 1857 przez Friedla, a przez Nenckiego i Dujardina zbadany. Dawka przeciętna wynosi 0·50. Skuteczny w obłędzie opilczym. Zdaje się, że nie jest trującym. W ostatnich czasach wstrzykuje się go podskórnie w ilości 5 kropli.

Urethan. Pierwszy polecił go Jaksch. Śmiało można go podawać w dawkach 2·0—4·0, jest bowiem zupełnie nieszkodliwy w większych nawet dawkach. Jest bez woni i smaku, dlatego też chętnie brany, a skuteczny przedewszystkiem w histeryi i neurastenii.

Piscidia erythrina. Lek ten podaje się zazwyczaj jako *extractum fluidum* 2—3 łyżeczek od kawy (6·0—9·0). Działa więcéj uspakajająco niż nasennie, dlatego bromem roślinnym nazwany.

Sole bromowe nie są właściwie lekami nasennemi. Znoszą one tylko zanadto wielką pobudliwość mózgu i dlatego sen przysposabiają i ułatwiają sprowadzając przyjemny spokój. Jednakowoż tylko wielkie dawki (4·0—6·0) tenże stan sprowadzają, dlatego stosowanie małych jest bezcelowe. W połączeniu z makowcem oddają znakomite usługi w czasie odzwyczajania się od morfiny.

Erythrina corallodendron, drzewo w Brazylii rosnące, posiada w swéj korze alkaloid nasenny. Ekstrakt w dawkach 4·0—5·0 ma sprowadzać sen. Mało dotychczas wypróbowany.

Sulfonal. Najlepszy to środek nasenny. Bez woni i smaku już w dawkach 1·0 wywołuje naturalny sen bez złych skutków. Przeciwwskazań nie posiada, bo jest dla organizmu nieszkodliwy. Nawet po 10 gramowéj przypadkowo podanéj dawce sprowadził tylko głęboki 20 godzin trwający sen. Szczególnie podawać go należy w bezsenności nerwowéj. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1890, Nr. 2—3).

Dr. Mendelsburg.

Chirurgija.

A. Friedländer (Berlin): W sprawie leczenia otoku ropnego jamy Highmora.

W etyjologii téj choroby ważnem jest pytanie, czy ona jest następstwem choroby wyrostka szczękowego, czy też nosa; F. stwierdził jako przyczynę ropotoku zarówno choroby nosa jako i zębów. Co do rozpoznania, to mogą przypady podmiotowe, jak ciśnienie w *fossa canina*, uczucie wydłużenia zębów, ból zębów bez lub z ich próchnieniem, bóle rozpromieniające się do ucha odpowiedniego, do skroni i czoła po odpowiedniéj stronie, obrzęk odpowiedniéj połowy twarzy, być tylko wskazówkami prawdopodobnemi. Względnie najpewniejszym objawem jest odosobnione ropienie z środkowego przewodu nosowego. Zdarza się jednak, że pomimo wypełnienia jamy ropą, takowa nie może wydostać się, gdyż otwór jamy jest zamknięty przez polipy, przerosłą muszlę średnią, błonę śluzową nosa i t. d. Jeżeli wypływu ropnego nie ma lub za pomocą odpowiednich sposobów (odchylenie sondą zatykających obrzęków ku przegrodzie nosowéj i t. d.) uwidocznić go nie można, a objawy podmiotowe wskazują istnienie ropotoku, należy na drodze próbnéj przekonać się, czy jest ropa w jamie lub nie, a tu jest najprostszem postępowaniem przepłukanie próbne według Hartmanna przez *Hiatus semilunaris*; użyć można tu także otwarcia przez dolny przewód nosa lub przekłucie próbne. Co do leczenia, to uwzględniając etyjologiję, należy istniejące polipy, przerosty spróchniałe zęby usunąć i w odpowiednich przypadkach uda się nam przez usunięcie przyczyny ropotok wyleczyć. Często jednak konieczny jest zabieg krwawy; podano trzy sposoby: 1) przywrócenie komunikacyi jamy H. z jamą ust przez wyjęcie zęba i prześwidrowanie szczęki, 2) otwarcie jamy ze strony nosa, czy to z średniego, czy z dolnego przewodu nosowego; 3) przedziurawienie w okolicy *fossae caninae*, wyskrobanie jamy i wypłukanie. Pierwszy sposób jest wtedy dobry, jeżeli przez samo wydobycie spróchniałego zęba otwieramy jamę szczękową; zalety jego: otwarcie jamy w najniższem miejscu, dogodny odpływ ropy, łatwe znalezienie otworu umożebnia samemu choremu regularne przepłukanie. Wady jego są: 1) trzeba często zupełnie zdrowy ząb wyjąć; 2) odpływ ropy z nosa przez usta jest dla chorego przykry; 3) komunikacyja między jamą ust i szczęki górnéj umożebnia wtargnięcie drobnoustrojów w ustach się znajdujących, które podtrzymują i powiększają ropienie w jamie sąsiedniéj. Co do drugiéj metody podał Mikulicz przewiercenie przez dolny przewód nosowy za pomocą odpowiedniego obosiecznego sztyletu. W miejsce znacznego i ciężkiego zabiegu Mikulicza podał Krause łatwo wykonalne przewiercenie jamy szczęki górnéj trójgrańcem. (*B. m. Woch.*, 1889, Nr. 37).

Dr. Baschkopf.

Choroby oczne.

Dr. Segal: O operacyi zaćm niedojrzałych.

Wiadomo, jak nieprzyjemnem jest długie czekanie dla chorego, aż zaćma zupełnie dojrzeje. Podano już kilka operatywnych sposobów, aby przyspieszyć dojrzewanie. Autor, b. asystent kliniki oftalm. w Charkowie, podaje, że zaćmy niedojrzałe operuje z dobrym rezultatem i bez pomocy asystenta. Operowani mogą leżeć lub siedzieć, 3-go dnia pozwala im już chodzić po pokoju, bez złych skutków. Przypomina mi to postępowanie ś. p. prof. Gioppiego w Padwie, który przy mnie operował zaćmy bez irydektomii i pozwalał pacyjentom natychmiast odjeżdżać do domu lub nawet do sąsiednich wiosek. Dr. S. cięcie robi u góry rogówki, obok *limbus conj.* (jakie?) i po irydektomii wydala części soczewki zmętnione; blefarostat usuwa się, oko przemywa się rozczynem sublimatu (grj. na funt) i zakrywa się watą zwilżoną tym rozczynem; po 5 minutach w przedniéj komórce znajdujemy sporo tylko co (?) zmętniałych mas kortykalnych, które usuwa przez ranę, naciskając na oko dolną powiekę, przy podniesieniu palcem górnéj powieki; oko znowu obmywa się tymże rozczynem i pokrywa się zwilżoną watą; po 5—7 minutach znowu widzimy w komórce niewielką ilość mas zmętniałych, które wydalamy. Oko opatruje się raz na dobę, przemywa się sublimatem, późniéj 2% rozczynem kw. borowego i atropinizuje się; po 8 dniach opaska może być zdjętą. Taki sposób traktowania chorych autor wypróbował w stu przypadkach zaćm. (*Medicinskoje Obozrienje*, Nr. 15—16, 1889).

Dr. J. Talko.

Choroby weneryczne.

Prof. Neumann (Wiedeń): Łuszczyca zwykła (*Psoriasis vulgaris*) i wysypka kiłowa.

Kiła skóry łączy się jak wiadomo często równocześnie z łuszczycą, wskutek czego trudno ją rozpoznać, bo obydwie te zmiany chorobowe umiejscowiają się najchętniéj na tych częściach skóry, które drażnieniu mechanicznemu najwięcéj podlegają. Dopiero kiedy łuski łuszczycowe zaczynają odpadać, wtedy zmianę kiłową rozpoznać można, jako ciemno-czerwone, ostro ograniczone eflorescencyje w przeciwstawieństwie do jasno czerwonych ognisk łuszczycowych. U 21-letniego młodego człowieka od 6 lat na łuszczycę cierpiącego, a od 3 miesięcy zarażonego obraz był następujący: ogniska łuszczycowe są wielkości centa, w środku ich plama ciemnoczerwona wielkości soczewicy przy ucisku palcem barwy niezmieniająca. Zabarwienie otaczające jasno-czerwone przy ucisku blednięjące. Już klinicznie więc wykazać można, iż środek ogniska natury kiłowéj na nagromadzeniu barwika, gdy tymczasem zabarwienie okalające, natury łuszczycowéj, na przekrwieniu polega. Ze zmiany te chorobowe mogą się także i w ten sposób kombinować, iż w jednem miejscu wy-

stępują tylko erupcyje łuszczycowe, a innym kiłowe, pouczają oględziny innego młodego człowieka, u którego łuszczyca zajmowała przeważnie stronę wyprężaczy kończyn górnych, gdy tymczasem tułów był zasiany kiłą guziczkową. Pierwszy przypadek przedewszystkiem poucza, że zastój naczyniowy, jaki w ogniskach łuszczycowych występuje, ułatwia znacznie tworzenie się zmian kiłowych na gruncie łuszczycowym. (*Wr. med. Wschft.*, 1890, Nr. 7).

Dr. Mendelsburg.

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

O. Bollinger (Mnichów): O wpływie rozcieńczenia na skuteczność jadu gruźliczego.

B. donosi o wynikach badania przeprowadzonego przez F. Gebhardta pod jego kierunkiem w mnichowskim zakładzie patologicznym. Skoro Hirschberger stwierdził, że krowy dotknięte gruźlicą, względnie perlicą, w 55% przypadków wydzielają mleko zakażające, bliskiem było przypuszczenie, że odpowiednio do znacznéj częstości gruźlicy u krów, z większych gospodarstw mlecznych pochodzące mleko często wskutek zakażającego mleka jednej krowy gruźliczéj może przyjąć własności zakażające. Celem badania zaraźliwości zwykłego mleka targowego czyniono doświadczenia przez zaszczepianie świnkom morskim, które po 5—6-ciu tygodniach zabito, a sekcyja ich dała wynik ujemny. Następnie rozcieńczono wodą w oznaczonych stosunkach próby mleka, wziętego wprost z zdrowych wymion gruźliczych krów po ich zarznięciu, a doświadczenia odnośne wykazały, że zakażające mleko gruźliczych krów przez pewne rozcieńczenie traci własności zarażające, podczas gdy przeciwnie używanie przez długi czas takiego mleka może stać się niebezpiecznem; podobnie jeżeli ktoś wyłącznie żywi się mlekiem jednéj gruźliczéj krowy. Przez pomięszanie zarażającego mleka krowy gruźliczéj z mlekiem zdrowych krów zmniejsza się odpowiednio niebezpieczeństwo. Następnie badano plwociny u suchotników, główne źródło zarażenia dla człowieka, ze względu na ich zaraźliwość przy rozmaitem rozcieńczeniu. Wyniki: plwociny suchotników, zawierające prątki w porównaniu z mlekiem krów gruźliczych są nadzwyczaj zaraźliwe, gdyż one nawet przez rozcieńczenie 1:100·000 nie tracą działania zarażającego, przyczem sposób zakażenia (szczepienie podskórne, śródotrzewnowe lub wziewanie) nie odgrywa, jak się zdaje, żadnéj roli. Natomiast przez karmienie 2 kcm. plwocin w rozcieńczeniu 1:8 nie osiągnięto rezultatu dodatniego. W końcu przypomina B. doświadczenia Watsona Cheynego, który wykazał, że do zabicia świnki morskiej jadem wąglika, myszy posocznicą, królika cholerą kur, wystarcza jeden odpowiedni prątek pod skórę zastrzyknięty. (*Münch. med. Woch.*, 1889, Nr. 43). *Dr. Baschkopf.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 27 marca. Wspomnieliśmy o przyjęciu życzliwem deputacyi związku towarzystw lek. austr. przez prezydenta ministrów hr. Taaffego, która przedstawiła mu sprawę Izb lekarskich. W komisyi sanitarnéj Izby poselskiéj nadto deputowany Dr. Roser d. 8 bm. zdał sprawę z kwestyi téj i uchwalono, aby sprawozdanie to zostało drukowanem i posłom udzielonem. Sprawozdanie to obszerne ukazało się drukiem; opiera ono się na petycyjach 9 towarzystw lek. krajowych i 58 powiatowych, w skład których wchodzi więcéj niż 5000 lekarzy. Pomiędzy niemi znajdują się petycyje i Tow. lekarzy galicyjskich, Tow. lek. krakowskiego, oraz stałego wydziału t. zw. chirurgów galicyjskich. Sprawa toczy się od lat kilkunastu, a obecnie, jak się zdaje, zbliża się ku pożądanemu przez wszystkich lekarzy celowi. Nie będziemy powtarzać motywów, powszechnie znanych i uznanych, a podanych w swoim czasie i przez nasze i lwowskie towarzystwo; natomiast podajemy w skróceniu treść projektu ustawy, przedłożonego Radzie państwa przez posła Rosera. Projekt ten składa się z 12 artykułów. W § 1 wypowiedzianą jest zasada, że wszyscy lekarze praktykujący w pewnym kraju koronnym tworzą przynajmniéj jednę Izbę lekarską, podległą ministrowi spraw wewn., a liczba Izb w jednym kraju i siedziba ich oznaczoną zostanie drogą rozporządzenia. Izby lek. reprezentują stan lek. (§ 2) i mają prawo odzywania się we wszystkich sprawach stanu tyczących się, początkowania w sprawach hygijenicznych, uczestniczenia w Radzie sanitarnéj, zbieraniu składek od członków dla pokrycia wydatków swych. Są one obowiązane (§ 3) zajmować się interesami stanu, oraz dawać opinije na żądanie władzy. Na czele Izby stoi Wydział ściślejszy z 7—15 członków złożony i obszerniejszy, do którego wchodzą i delegaci z rozmaitych powiatów wyborczych (§ 6). Ostatni wybiera z grona swego prezesa, którego minister potwierdza, 2 zastępców, sekretarza i resztę wydziałowych (§ 8). W posiedzeniach pełnych udział mieć mogą wszyscy członkowie Izby (§ 9); członkowie Wyyziału wybierani na 3 lata pełnią obowiązki swe bezpłatnie (§ 10).

* Na posiedzeniu komisyi budżetowéj Rady państwa z d. 8 bm. wskutek przypomnienia posłów Czerkawskiego i Gniewosza p. minister Oświecenia Gautsch oświadczył, że budowa zakładu chemicznego we Lwowie prawdopodobnie rozpocznie się w jesieni r. b. Pod względem utworzenia zaś Wydziału lek. we Lwowie przypomina dawniejsze swe oświadczenie w tym względzie, że uznaje Wydział lek. we Lwowie za potrzebny i że myśli o utworzeniu takowego. Jednakowoż i teraz zwraca uwagę, że przedewszystkiem pomyśleć trzeba o rozwoju Wydziału lek. w Krakowie, dla którego w interesie odpowiedniego nauczania dużo pozostaje do czynienia.

Na tem samem posiedzeniu p. minister oświadczył, że we Wiedniu ustanowioną zostanie 3-cia klinika chirurgiczna i w tym celu już kwota odpowiednia w budżecie umieszczoną została. Natomiast jeszcze nie może wypowiedzieć zdania pod względem ustanowienia uniwersytetu w Morawie, jakkolwiek potrzeba jest niewątpliwą.

* Ponieważ zdarzyły się we Wiedniu przypadki, że do aptek przynoszą recepty z podpisami podejrzanemi, robią teraz starania, aby aptekarze posiadali podobizny podpisów lekarzy we Wiedniu praktykujących.

* W sprawie sakcharyny Rada najwyższa zdrowia we Wiedniu orzekła: 1) że dotychczasowe badania doświadczalne nie dały podstawy, aby sakcharynę uznać za istotę szkodliwą dla ustroju; 2) że nie ma żadnego przykładu, aby sakcharyna okazała się szkodliwą dla człowieka zdrowego; 3) że i u chorych cierpiących na cukrówkę nie spostrzeżono szkodliwego działania po większych nawet dawkach sakcharyny.

* Z dn. 1 czerwca r. b. otwartym zostanie w Szczawnicy zakład inhalacyjny jodłowy i solankowy Dra Janochy na wzór zakładów podobnych zagranicznych.

* Jaworze-Ernsdorf na Szląsku austryjackim, jako zakład wodoleczniczy i stacyja klimatyczna rozwija się z każdym rokiem więcéj pod dbałym zarządem i troskliwem i umiejętnem kierownictwem lekarskiem, czego dowodem są liczni chorzy, szukający tam ulgi w swoich cierpieniach. Przy nadchodzącym zatem sezonie zwraca się uwagę na ten zakład leczniczy, sądzimy bowiem, że zbytecznem jest oglądać się za podobnemi zakładami za granicami kraju, mając takowy u siebie.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Docent prywatny Dr. Franciszek Mareš mianowany został nadzw. profesorem fizyjologii w Wydziale czeskim. — **Berlin.** Na katedrę opróżnioną wskutek śmierci Westphala proponowani zostali: prof. Grashey w Monachijum, prof. Hitzig w Hali, prof. Jolly w Strasburgu i Dr. Moeli w Dalldorf pod Berlinem. — **Hala.** Następcą Volkmanna mianowany został Dr. Bramann, asystent Bergmanna. — **Heidelberg.** Na katedrę opróżnioną po Beckerze powołany został prof. Leber z Gietyngi. — **Petersburg.** Docent Ratimow mianowany został następcą prof. chirurgii Bogdanowskiego.

* **Odznaczenie.** Profesor Mierzejewski w Petersburgu otrzymał uznanie cesarskie z powodu ciągłéj i bardzo pożytecznéj działalności jako członek rady przytuliska dla obłąkanych.

* **Wiadomości osobowe.** JE. p. Namiestnik zamianował lekarza powiatowego II klasy Dra Bolesława Serkowskiego w Stryju lekarzem powiatowym I. kl.; asystentów sanitarnych Dra Jana Danielskiego w Grodku i Dra Mieczysława Kramarzyńskiego, przydzielonego do biura sanit. Namiestnictwa, lekarzami powiat. II. kl.; pozostawiając Dra Danielskiego nadal przy starostwie w Gródku przeznaczył Dra Kramarzyńskiego do służby przy starostwie w Dąbrowy. Daléj zamianował Dra Antoniego Janiszewskiego, lekarza szpitala w Horodence, asy-

stentem sanit. i przydzielił go do służby przy Namiestnictwie; wreszcie przeniósł lekarza powiat. Dra Władysława Czyżewicza z Dąbrowy do Sanoka.

Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Stanisław Tomasz Gawlikowski z Jaworowa, Ludwik Gorecki rodem z Paryża, Michał Olejnik z Chołajowa w Galicyi, Bronisław Paleczny z Krakowa, Klemens Rutowski z Zołyni Gustaw Toepfer ze Lwowa.

* **Zmarli**: W Wiedniu elew chirurg. Dr. Rudolf Krampler w 24 roku życia z ospy; w Gräfenbergu lekarz zakładowy Schindler; w Berlinie znany poseł Dr. med. Greve.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 12: Serwińskiego: Influenza w Sochaczewie: Matlakowskiego: O bąblowcu sieci (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 12: Dobrzyckiego: O potrzebie oddzieln. sanatoryjów dla chorych piers. (dok.); Steckiego: Haemophilia.

Redakcyja otrzymała:

Dr. B. WICHERKIEWICZ: O wartości leczenia samoistnie odczepionéj siatkówki sposobem Schoelera (Odbitka z *Nowin Lek.* 1889) in 8-vo str. 15. — Tenże: O wpływie grypy epidemicznéj na oko (Odbitka z *Przeglądu Lek.* 1890) in 8-vo str. 6. — Dr. BOGDANIK: Dermoplastyczna amputacyja stopy (Odbitka z *Przegl. Lek.* 1890) in 8-vo, str. 4. — Tenże: O resekcyi odbytnicy w razie wypadnięcia tejże (Odbitka z *Przegl. Lek.* 1889) in 8-vo str. 4. — Dr. F. L. NEUGEBAUER (Sohn): Worte der Nothwehr gegen Hrn. W. L. Lambl Leipzig, Köhler, in 8-vo, str. 78. — Tenże: Audiatur et altera pars Nieskolko zamieczanii po powodu opublikowannoi prof. D. Lambl'em. w Nr. 11—16 *Russkoi Mediciny* 1888 statii kuliczeskiu razbor uczenija o wywichach piatago pojasnicznago pozwonka (Spondylolisthesis) Warszawa 1889, in 8-vo str. 36. — Dr. MOSING: Pro morituris, rzecz społeczno-lekarska (Odbitka z *Wiadom. Lek.* 1890) in 8-vo, str. 7. — W. ZAJĄCZKOWSKI: O zmianach nowéj farmakopei (Odbitk a *Czasopisma Tow. aptek.*). Lwów 1890, in 8-vo, str. 13.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dnia 2-go kwietnia b. r. o godzinie 6-téj po południu w gmachu kliniki chorób wewnętrznych w dawnéj sali wykładowéj kliniki chirurgicznéj posiedzenie zwyczajne, na którem: 1. kol. Mars opowie przypadek z praktyki. 2. kol. Pieniążek mówić będzie o ropotoku Stoerka.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 5 Kwietnia 1890. Nr. 14.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81. Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Z kliniki terapeutycznéj szpitalnéj w Warszawie.

Trawienie żołądkowe w cierpieniach nerek.

Doniesienie tymczasowe.

Podał

Edmund Biernacki.

Badanie trawienia żołądkowego w klinice ogranicza się się w ostatnich chwilach nie tylko do cierpień samoistnych, lecz rozprzestrzenia się na inne procesy chorobowe, mniéj lub więcéj wpływające na trawienie. Coraz częściéj spotykamy się w literaturze naszéj z doniesieniami o chemizmie żołądkowym już to w chorobach organów oddechowych (Chełmiński[1]) i inni), już też to w bladaczce i anemii (Lenhartz[2]), w chorobach serca (Adler i Stern[3]), w marskości wątroby (Fawicki[4]) i t. d. Przy cierpieniach nerek do tego czasu podobnych badań systematycznych nie przedsiębrano; tymczasem jak wiadomo, te choroby nader często wywołują zaburzenia w trawieniu tak, że niekiedy zapalenie nerek (szczególnie charakteru śródmiąższowego) wyraża się na zewnątrz prawie li tylko zaburzeniami dyspeptycznemi. Mając na względzie potrzebę zbadania w takich razach trawienia żołądkowego, postanowiłem w ostatnich czasach przeprowadzić szereg systematycznych badań w tym kierunku. Starając się jak najściśléj przeprowadzić badanie, wybieram przypadki zapaleń nerek u młodszych osób bez znacznych zaburzeń ze strony płuc lub serca, bez poprzednio istniejących cierpień żołądka, bez gorączki. Badaniem zamierzam objąć wszelkie formy tego cierpienia: kilka przypadków obserwowanych do tego czasu odpowiadają klinicznym przebiegiem głównie formom zapalenia miąższowego przewlekłego lub podostrego, z mniejszemi lub większemi obrzękami i dość znaczną ilością białka w moczu. Dla uniknienia wpływów pobocznych leczenie chorych bywa ograniczone do takiego, które samo przez się jak najmniéj może wpływać na wydzielinę żołądkową; chorzy nie dostają przeto soli gorzkich, lecz tylko octan potasu i od czasu do czasu wanny. Obserwuję zresztą teraz i taki przypadek, gdzie początkowo terapija polega tylko na dyjecie mlecznéj. Na każdéj osobie badanie przeprowadzam przez pewien przeciąg czasu starając się poznać wahania wydzieliny żołądkowéj w zależności od okresu cierpienia i innych warunków. U każdéj osoby trawienie obserwowane jest przy różnego rodzaju próbnym pokarmie: najczęściéj używam metody białkowéj, późniéj mlecznéj z bułką. Przy badaniu określam teraz obecność wolnego kwasu solnego za pomocą odczynnika Günzburga, ilość jego metodą Sjöquista[1]), obecność pepsyny za pomocą próby sztucznego trawienia, określam stan peptonizacyi, obecność kwasu mlecznego, nareszcie ogólną kwasotę przesączu żołądkowego. Przy takiéj metodzie badania do tego czasu znajduję zawsze znacznie zmniejszoną ilość wolnego kwasu solnego; najczęściéj brak jego zupełny. Ilość HCl znajdowana przy niektórych obserwacyjach nie przenosi 0.02%. Peptonizacyja przytem zawsze ma miejsce, raz w mniejszym, słabym, drugi w lepszym stopniu, o ile można sądzić z reakcyi biuretowéj. Przy tem określeniu wyłącza się naturalnie obecność syntoniny, propeptonu i t. p. Sztuczne trawienie krążka białka z dodaniem do przesączu HCl, lub bez niego wykazuje bardzo często brak lub małe ilości pepsyny. Kwas mleczny znajduję nie w dużych ilościach, a ogólna kwasota przesączu również jest niską, nie przewyższa często bowiem 29%[2]). Ciekawą jest rzeczą, że przedstawione własności przesączu żołądkowego mają miejsce nie tylko w obecności objawów podmiotowych lub przedmiotowych niestrawności, lecz nawet przy ich zupełnym braku, lub nieznacznem rozwinięciu. Muszę dodać bowiem, że badanie trawienia przeprowadzam najczęściéj (przynajmniéj do tego czasu) u chorych na cierpienie nerek, którzy się zupełnie lub mało uskarżają na żołądek, a nie tylko u tych, którzy przedstawiają objawy cierpienia żołądkowego. Zauważę przytem, że mimo niedomogi wydzielniczéj chorzy nie przedstawiają niedowładu żo-

[1]) *Revue de Medecine*, 1889. — [2]) *Deutsche med. Woch.* 1890, Nr. 6, 7. — [3]) *Berlin. klin. Woch.* 1889. — [4]) *Wraczreferat* 1890.

[1]) *Zeitschrift für physiolog. Chemie* 1889. — [2]) $\frac{1}{10}$ normalnego stanu roztworu ługu potasowego.

łądka; nawet w razach zupełnego braku wolnego HCl i pepsyny rano znajduję żołądek pustym i płyn przemywający obojętnym, a próba białkowa znika po 1 ¼—½ godziny.

Zauważę zgodnie z Fawickim, że ilościowe określanie wolnego HCl w przesączu żołądkowym za pomocą metody Sjöquista daje lepsze rezultaty co do wykrywania tego związku, niż odczynnik Günzburga. Nie rzadko przy zupełnym braku wolnego kw. solnego wedle téj próby określanie sposobem Sjöquista zdolne jeszcze było wykazać pewne, niewielkie wprawdzie ilości tego związku. Odwrotnie rzecz się nigdy nie miała; znowu często i fluoroglucynowanilina i sposób Sjöquista wykazywały mi brak HCl.

O ile znajdowane do tego czasu fakty można będzie uogólnić, okaże mi dalszy szereg obserwacyj. Nie udało mi się jeszcze badać chorych w samym początku cierpienia nerkowego; obserwacyje moje dotyczą chorych z rozwiniętą dobrze chorobą, a nawet przy jéj znacznem polepszeniu.

Przypuszczając, że zmiany wydzieliny żołądkowéj przy cierpieniu nerek zależą głównie od zmienionego składu krwi, należy mniemać, że będziemy obserwować różne modyfikacyje trawienia żołądkowego w zależności od okresu i trwania choroby, od mniejszego lub większego stopnia jéj natężenia. Odpowiedź na te pytania spodziewam się znaleźć w dalszym ciągu badania, które stosownie do odpowiedniego materyjału klinicznego prowadzę i po opracowaniu z uwzględnieniem odpowiedniéj literatury ogłoszę.

II. O laryngofisurze na podstawie własnego doświadczenia.

Podług wykładu mianego w Tow. lekarskiem krak. w czerwcu 1889 r., uzupełnione przypadkami późniejszemi.

Podał

prof. Dr. Pieniążek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 13).

14) Czternasty przypadek dotyczy chłopca 16-letniego z takąż *chorditis voc. hypertrophica inferior*, gdzie jednak przerosłe wałki błony śluzowéj dokładną bruzdą od brzegów więzadeł były oddzielone, odpowiednio więc temu głos był zupełnie dobry, oddech jednak ciężki. Stan nosa przedstawiał obraz *rhinitis sicca*, graniczący prawie z *ozaena atrophica*. U chłopca wykonałem na oddziale prof. Obalińskiego w lecie 1889 krykotomiję, a bezpośrednio po niéj przy zwieszonéj głowie laryngofisurę z wycięciem wtłaczających się wałków, które się przy tem znacznie twardsze niż w przypadkach 11 i 12, ale nie tak twarde, jak w 13 okazały. Założono tampon z gazy jodoformowéj i kaniulę i ściągnięto ranę szwami. W częściach wyciętych znalazł Dr. Krokiewicz grzybki twardziela. W niecałe dwa tygodnie po operacyi wyjęto kaniulę, a w 3 tygodnie chory wrócił do domu z zagojoną raną, z dobrym oddechem i głosem.

15) Przypadek 15 ty dotyczy mężczyzny około 30 lat mającego, który do mnie przybył z dość znaczną dusznością. Badanie wykazało zgrubienie fałdów nalewkonagłośniowych i chrząstek nalewkowych, mianowicie na ich przedniéj powierzchni, oraz obrzmienie więzów fałszywych tak, że prawdziwe zupełnie były zasłonięte. Przytem więzy te i chrząstki nalewkowe zbliżone były do siebie i nie rozchodziły się wcale na zewnątrz tak, że przez wązką szparkę, jaka między więzami fałszywemi pozostawała, z trudem tylko można było widzieć ruchomą narośl z pod przedniego kąta głośni wychodzącą, białym śluzem pokrytą. Zwężenie wytwarzało się lat kilka. Choremu proponowałem laryngofisurę i w tym celu udał on się na klinikę prof. Rydygiera, który wykonał u niego na wiosnę 1889 roku naprzód tracheotomiję podtarczykową, a w miesiąc potem laryngofisurę przy kaniuli Hahna z wycięciem wspomnianéj wyrośli, która była wielkości ziarnka soczewicy. Następnie zeszył ranę bez założenia tamponu. Przy operacyi nie znaleziono żadnych śladów zapalenia ochrzęstnéj (*perichondritis thyreoidea*), którego obecność przedtem przypuszczałem. Chory miał potem oddech lepszy, lubo nie zupełnie dobry, a badanie lusterkiem przez ranę tracheotomijną wykazywało, że więzadła prawdziwe zupełnie normalnie się rozchodzą, że więc jedynie górne części chrząstek nalewkowych i więzadła fałszywe do siebie są zbliżone i nieruchome. W parę tygodni po operacyi wystąpiło obrzmienie na płytach chrząstki tarczykowéj z rozszerzeniem ich kąta, podobnie jak to bywa przy zapaleniu ochrzęstnéj, stan ten jednak w 8—10 dni przeszedł. W kilka tygodni po operacyi opuścił chory klinikę bez kaniuli z oddechem lepszym niż przedtem, choć niezupełnie dobrym.

16) Szesnasty przypadek dotyczy dziewczyny 15—16 lat mającéj, u któréj przed 9 laty w szpitalu św. Ludwika robioną była z powodu krupu tracheotomija, po któréj pozostała zupełna niedrożność krtani i odpowiednio temu zupełna *aphasia* w mechanicznem znaczeniu. U choréj znalazłem w r. 1888 zupełne zarośnięcie krtani nad kaniulą, przedstawiające się jako sklepienie zupełnie wypukłości kaniuli odpowiadające. Badanie krtani od góry przedstawiało normalne stosunki, a mianowicie przy usiłowaniach do wydania głosu lub oddechu przez usta ruchomość więzadeł i chrząstek nalewkowych prawidłową. Wobec tego przypuszczać musiałem, że błona krtań zatykająca nie jest zbyt grubą i przebiłem ją nożykiem od dołu, poczem próbowałem systematycznéj dylatacyi. Niecierpliwość i nieregularne przychodzenie choréj uniemożliwiło jednak przeprowadzenie systematyczne dylatacyi, a gdy chora czas jakiś wcale się nie pokazała, zrobiony otwór zarósł w zupełności. Dopiero przed wakacyjami 1889 roku przystąpiliśmy z prof. Rydygierem za namową Dra Momidłowskiego, asystenta kliniki dzieci, do radykalniejszego zabiegu w celu usunięcia kaniuli. Prof. Rydygier odstąpił mi wykonania téj operacyi, którą też przy nim i jego asystentach wykonałem przy zwieszonéj głowie w ten sposób, że naprzód zakrzywionym bisturem kończystym rozciąłem zatykającą błonę, poczem próbowałem ją wykroić, co się jednak nie udawało. Wtedy włożyłem w otwór hernijotom i rozciąłem nim chrząstki tarczykowe tak, żeby dojść tylko pod więzadła, nie rozcinając górnéj części chrząstki (*laryngofissura incompleta*). Następnie rozwarłszy haczykami rozdzielone części płyt mogłem swobodnie wykroić nożyczkami zakrzywionemi całą błonę zatykającą światło krtani, poczem założyłem tampon z gazy jodoformowéj i kaniulę, po nad którą ranę plastrami tylko ściągnąłem. Tampon odmieniałem co dni kilka zakładając nowy i powtarzałem to przez kilka tygodni, aby w ten sposób nie dopuścić wytworzenia się blizny okrężnéj. Jakoż rzeczywiście po kilku tygodniach spostrzegłem pod tamponem listwy na bocznych ścianach krtani występujące, nie połączone jednak z tyłu ze sobą. Listwy te po części i tamponowi przypisać muszę. Rana po laryngofisurze była już zupełnie zagojoną. Teraz usunąłem tampon i pozostawiłem chorą z kaniulą, którą mogła zatykać korkiem bez utrudnienia oddechu. To też wyjmowała ona korek, jedynie na noc zakładając wtedy kaniulę wewnętrzną. Ciekawem jest, że chora u któréj struny głosowe zupełnie były normalne na razie głośno mówić nie mogła i dopiero w ciągu kilku tygodni zwolna głos wyrabiać się zaczął. Pochodziło to oczywiście z braku ćwiczenia głosu, którego chora od 7-go do 16-go roku życia wcale nie używała. Po miesiącu przeszło trwania takiego stanu zaczął jednak oddech stawać się cięższy tak, że pacyjentka niechętnie już korkiem kaniulę zatykała. Przy badaniu spostrzegłem wówczas, że wspomniane powyżéj listwy połączyły się z przodu i w tyle fałdem półksiężycowéj blizny, przez co otwór pomiędzy niemi przyjął kształt eliptyczny i stał się znacznie mniejszym. Porozcinałem więc części blizny w kilku miejscach i założyłem tampon, a po parutygodniowem tamponowaniu otwór okazał się znacznie szerszym. Następnie pozostawiono chorą znowu na parę miesięcy bez tamponu, w którym to czasie otwór wśród rzeczonéj okrężnéj blizny pozostał stale dość szerokim. Aby go więcéj jeszcze rozszerzyć, porozcinałem znowu w początku listopada tylne części blizny, poczem kol. Momidłowski wykonywał przez czas jakiś systematycznie tamponowanie krtani. Obecnie otwór utrzymuje się stale w jednakowym stanie, chora może dobrze

przy zatkaniu kaniuli oddychać, jeszcze zaś lepiéj oddycha, gdy się po wyjęciu kaniuli otwór tracheotomijny palcem zatka, a to z powodu, że brzeg okienka kaniuli głębiéj w światło krtani zachodzi. Tak więc dekaniulacyja dziś jest zupełnie możebną, jedynie tylko zabliźnione zupełnie brzegi otworu tracheotomijnego operacyi plastycznéj wymagać będą.

17) Siedmnasty przypadek dotyczy chorego, który przybył do mnie w lecie 1889 z kaniulą twierdząc, że przed 10 laty robiłem u niego tracheotomiję w szpitalu św. Łazarza. Badanie okazywało bardzo znaczne zwężenie krtani przez wtłaczające się z bocznych ścian wyniosłości; chory przy zatkaniu kaniuli nie mógł tylko krótką chwilę oddychać, chrząstki nalewkowe jednak i struny głosowe były ruchome. Obok tego występowało zwężenie pod kaniulą sprawione przez przerosłą błonę śluzową, która na bocznych ścianach tchawicy jakby dwa wałki formowała. Stan ten łatwo było wybadać za pomocą wziernika tchawicowego Zwężenie to nie doszło wysokiego stopnia, jeżeli jednak choremu zaschła sekrecyja zwężone miejsce oblepiła, wtedy doznawał on bardzo znacznej nawet duszności. Chrząstka tarczykowa okazywała się w środku dość płaska, t. j. nie tworzyła jak zwykle wyraźnego kąta między płytami. Wobec tego podejrzywałem, że pierwotnie przebywał chory zapalenie ochrzęstnéj, z powodu którego robiłem tracheotomiję, pozostałe zaś potem zwężenie mogło na zapadzie i ściągnięciu się chrząstek polegać. Przystąpiłem więc do laryngofisury w szpitalu św. Łazarza przy zwieszonéj głowie. Z operacyi podnieść muszę jako ciekawy szczegół tę okoliczność, że w linii środkowéj znalazłem obie płyty chrząstki tarczykowéj włóknistą tkaniną ze sobą połączone tak, że przy saméj laryngofisurze nigdzie chrząstki rozcinać nie potrzebowałem, lecz rozciąłem tylko owo włókniste spojenie pomiędzy tarczami. Następnie wyciąłem od brzegów strun głosowych w dół idąc wtłaczające się na bocznych ścianach części miękkie aż do wysokości odpowiadającéj okienku kaniuli i założyłem tampon z gazy jodoformowéj i szew przez części miękkie nad tarczami. Tampon wyjęto po 4 dniach, a wtedy widziałem, że szpara w głośni jest dość szeroką tak, że chory z zatkaną korkiem kaniulą mógł swobodnie oddychać. Jedynie pod tamponem, t. j. pomiędzy nim a kaniulą wytworzyły się listwy z błony śluzowéj z bocznych ścian wysterczające, jak to zwykle przy tamponach się wydarza. Zadaniem mojem było usunąć teraz te listwy, równie jak podobneż w tchawicy pod kaniulą wytworzone, które powyżéj opisałem Zmuszony jednak wyjechać na 2 tygodnie za powrotem chorego w szpitalu już nie zastałem. Ze stanu jednak jaki przed odjazdem znalazłem wnosić muszę, że w tym przypadku usunięcie wspomnianych małych zwężeń nie byłoby napotkało żadnych trudności tak, że chory byłby się prawdopodobnie pozbył kaniuli w krótkim czasie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z praktyki prywatnéj.

Przypadek idiosynkrazyi względem chininy.

Podał

Dr. Rosenblatt.

Matka 7-ga dzieci, lat 41 licząca, szczupła, wysoka, o cerze ziemistéj, błonach śluzowych niedokrewnych, mięśniach wiotkich, cierpi od lat kilku na uporczywy ból głowy, wzmagający się od czasu do czasu bez widocznego powodu do tego stopnia, że czyni pacyjentkę niezdolną do jakiegokolwiek zajęcia, „wyniszcza siły i denerwuje do tego stopnia, że wolałaby już raz umrzeć, a nie cierpieć tak daléj“. Szukała już porady u kilku kolegów, którzy cierpienie jéj odnosili już to do newralgii, to do migreny, to znów do reumatyzmu głowowego, to zaś do niedokrewności i atonii jelit, na którą pacyjentka cierpi od czasu dłuższego i to w takim stopniu, że już od lat kilku nie miewa solucyi, jeżeli nie posługuje się Hegarem, lub nareszcie do cierpienia ściśle kobiecego, bo do zboczenia w położeniu macicy. Leczono ją zatem po kolei przetworami bromu, salicylu, antipyriny, antifebryny, salolu, fenacetyny, kofeiny, arsenu, żelaza, kaskary sagrady; ginekolog założył krążek i leczył miejscowo, neuropatolog polecił okłady gorące na głowę, nacieranie *cum oleo menthae*, kokainą, internista polecil męsienie brzucha, a nic nie odniosło skutku pożądanego, bo choć czasem ból głowy pofolgował, a nawet na czas krótki całkiem ustawał, to powracał bez wiadomych powodów i zawinienia co do poleconego zachowywania się, z nie zmniejszonem nasileniem.

Będąc raz, przed laty trzema, wezwanym do jednego z dzieci pacyjentki, które od lat wielu pozostają w mojéj opiece, zastałem samąż matkę cierpiącą na szalony ból głowy a uproszony przez nią, ażeby jéj czemś ból zmniejszyć, przepisałem proszki składające się z średnich dawek morfiny, kofeiny i chininy, mimo, że pacyjentka uprzedziła mnie, iż chininy nie znosi, a po zażyciu nawet małych dawek dostaje silnéj pokrzywki na całem ciele i „gorączki“. Chora jednakowoż nie wiedziała o tem, że proszki zawierają chininę, bo przepisałem ją używszy synonimu choréj nieznanego i zapewniłem, że chininy nie przepiszę, uważając podanie choréj o idiosynkrazyi za przesadne. Po zażyciu jednak jednego proszku wystąpił ból gardła, suchość tamże, chrząkanie, a po zażyciu drugiego pokrzywka, jak późniéj się dowiedziałam, bardzo silna. Sam o stanie choréj przekonać się nie mogłem, bo inne zajęcie nie dozwoliło mi pacyjentki w tym samym dniu jeszcze odwiedzić. Pokrzywka i towarzyszące przypady ustąpiły wkrótce, a z niemi ustąpił ból głowy i rok cały go nie było.

Po roku wrócił i, jak to powyżéj podałem, urąga wszelkim zabiegom terapeutycznym, a pacyjentka trapiona znów przez całe dwa lata bólem głowy doprowadzającym ją do rozpaczy, pamiętając o tem, że po zażyciu chininy ból głowy na przeciąg całego roku ustąpił, zdecydowała się mimo swéj idiosynkrazyi i przykrych następstw zażyć znów chininy, spodziewając się po niéj przynajmniéj ulgi w cierpieniu i uprosiła mnie, ażebym jéj chininę przepisał. Zbadawszy pacyjentkę, przyczem przekonałem się, że w narządach klatki piersiowéj zboczeń nie ma, a co do brzucha stwierdzić się tylko daje stan półporażenny jelita, przekonawszy się daléj, iż po nad obydwoma oczodołami, po za małżowinami usznemi i na potylicy są miejsca bolesne za dotykiem, uczyniłem jéj życzeniu zadość i przepisałem $^1/_2$ gramowe proszki chininy salicylowéj, a oznaczywszy godzinę, o któréj pacyjentka nazajutrz miała jeden z proszków tych zażyć, przyrzekłem wkrótce potem przybyć, ażeby kontrolować działanie chininy a ewentualnie udzielić pomocy lekarskiéj. Tymczasem zaś dopytywałem się o początek wystąpienia idiosynkrazyi i jéj objawy i dowiedziałem się co następuje:

Jeszcze dzieckiem będąc cierpiała wiele na zimnicę i zażywała dużo chininy, którą znosiła dobrze. I między rodzeństwem zdarzały się często napady zimnicze, a nie przypomina sobie, ażeby ktośkolwiek w rodzinie chininy nie znosił. Jako dorosła już panna cierpiała na silne bóle głowy, o ile sobie przypomina, przez lat 8, zazwyczaj najwięcéj podczas wiosny i lata, mało zaś w zimie. Bóle występowały rano o godzinie 9-téj, a trwały do godziny 4-téj popołudniu z wielką regularnością. Lekarze różnili się co do zdania, czy to febra, czy migrena, czy reumatyzm. Jeden z lekarzy utrzymywał, iż ból ustanie, skoro panna za mąż wyjdzie, co się jednak nie sprawdziło. Po raz pierwszy wystąpiła idiosynkrazyja w roku 1876 podczas pobytu pacyjentki w Siedmiogrodzie, gdzie także zimnicy podlegała, i zażywała znaczne dawki chininy według przepisu tamtejszego lekarza, a to w tym celu, „ażeby zimnicę kostną zamienić na febrę typową“. W kilka tygodni po połogu dostała pacyjentka gorączki, a po wezwaniu lekarza, który stwierdził, że to znów febra i zażyciu $^3/_4$ części grama chininy wystąpiła na całem ciele wysypka czerwona mocno swędząca, twarz obrzękła do niepoznania, chora utraciła mowę, język spuchł tak, iż w gębie pomieścić się nie mógł i nastąpił taki upadek sił, że lekarz telegrafował po nieobecnego podówczas męża i przypuszczał najgorsze. Od tego czasu więcéj chininy nie zażywała, tylko leczyła się arszenikiem.

Nazajutrz podług umowy, zażyła pacyjentka proszek o godzinie 8-éj rano, ja zaś przybyć mogłem dopiero o godzinie 10-téj. Tymczasem za mną rozsyłano służbę, bo stan

pacyjentki stawał się coraz groźniejszym. Przybywszy dowiedziałem się, że już w kwadrans po zażyciu wystąpiło łechtanie w gardle, ślinienie obfitsze, mocny świąd w uszach, wkrótce potem wysypka czerwona na czole, twarzy i na stopach. Na tle czerwonem powstawały wnet bąble swędzące bardzo mocno. Dalej wystąpiły wrażliwość na światło, silny ból głowy, trzęsienie rąk bardzo silne, niemożność leżenia na stronie lewéj wskutek gwałtownego bicia serca. Badanie zaś wykazało: na całem ciele wysypka jednostajnie czerwona, podobna do płonicy, jednak bez owych drobnych punkcików cechujących wysypkę płonicową, znikająca za uciskiem palca, swędząca bardzo mocno. Tu i owdzie jeszcze bąble płaskie po nad poziom skóry wysterczające, otoczone obwódką czerwoną. Twarz, zwłaszcza zaś powieki i część lic po nad kością licową, obrzękłe do tego stopnia, że wyraz twarzy zupełnie zmieniony i rzeczywiście możnaby pacyjentki niepoznać. Spojówki mocno nastrzykane, zaczerwienione, źrenice zwężone *ad maximum*, oddziaływanie bardzo nieznaczne, światłowstręt bardzo silny. Język szerszy niż zazwyczaj, szarożółto obłożony. Błona śluzowa podniebienia twardego i miękkiego i tylnéj ściany połyku obrzękła, niejednostajnie zaczerwieniona; łuki podniebienne ciemno-czerwone. Głos czysty, aczkolwiek mowa dość znacznie utrudniona. Podczas méj nieobecności jeszcze trudniéj było pacyjentce coś przemówić. Chora całkiem przytomna, tylko bardzo rozdrażniona, żali się na dławienie w gardle i boi się uduszenia. Ciepłota 35·6°C. tętno 124 tak nikłe, iż zaledwo tylko wyczuć je można, oddechów 20 na minutę. Uderzenie serca prawidłowe, tylko przyspieszone. Trzęsienie ciągłe całego ciała, najwięcéj zaś kończyn górnych, a zwłaszcza prawéj. Drżenie potęguje się przy zamierzonych lub wykonanych ruchach. Ręce i stopy obrzękłe, palce nieforemne, ruchy niezgrabne. Szumu w uszach nie ma, chora chrząka ustawicznie i jęczy.

O godzinie $10^1/_2$ ciepłota 35·8, tętno 96, oddechów 22. Wypiła kawy czarnéj i trochę wina. Żali się na ból i ściskanie w okolicy żołądka.

O godzinie 11-téj c. 36·3, t. 84, nastąpiły wymioty, lecz zrzuciła tylko nieco śluzu. Chora uspokaja się, wysypka bąblasta znika zupełnie, pozostało tylko zaczerwienienie skóry. Opuszczając chorą poleciłem napić się mocnego rosołu i polewki winnéj.

Popołudniu o godzinie $4^1/_2$ c. 37·0, t. 80, oddechów 24. Obrzęk twarzy ustąpił choć jeszcze nie całkowicie, wysypka zbladła. Chora żali się na ból głowy, lecz nie w téj postaci jak nań cierpi, jest jéj tylko „pusto w głowie“, i dostaje zawrotu, gdy się podnosi. Apetytu nie ma żadnego. Wymioty nie wróciły. Tremor jeszcze się utrzymuje, aczkolwiek w znacznie słabszym stopniu. Przybywszy nazajutrz rano dowiedziałem się od pacyjentki, że w nocy spała doskonale, że bólu głowy więcéj nie ma, że się czuje zupełnie swobodną i śniadała z apetytem. Humor wesoły. Uciskając owe punkta bolesne nie wywołałem takiego bólu jak przedtem. Chora miała zamiar rano opuścić łóżko, lecz zaraz po wyjściu z łóżka poczęła ją skóra swędzić mocno, a po drapaniu zaczerwieniała się. Ręce, które wśród nocy zupełnie sklęsły, po umyciu wodą znów nieco nabrzękły. Objawy te ustąpiły jednak, skoro chora znów do łóżka się położyła. Mocz z dnia poprzedniego zbadany przezemnie okazywał tylko znaczne bardzo powiększenie barwików, zwłaszcza urochromu. Wyraźnego złuszczenia przyskórka po dniach kilku nie stwierdziłem. Przez tydzień następny bólu głowy nie było. Później jednak znów choréj począł dokuczać, choć już nie w tym stopniu co wprzód. Chininy więcéj chora zażyć nie chciała.

Pojawianie się wysypki po zażyciu chininy nie należy do wielkich rzadkości, rzadziéj jednak występują tak gwałtowne objawy, jak w przypadku powyżéj opisanym. Przypominam sobie przypadek zauważany w szpitalu św. Ludwika u dziecka dwuletniego oddanego do szpitala z powodu zimnicy. Przy wizycie poobiednéj zwróciła mi uwagę siostra miłosierdzia na oddziale zajęta, że dziecię niedawno przyjęte zapadło na płonicę, a mieliśmy podówczas prócz epidemii w mieście także epidemiję lokalną i kilka przypadków zapadnięcia na płonicę dzieci szpitalnych. Dziecię okazywało ciepłotę 40°C., na całem ciele jednostajna wysypka prawie szkarłatna, lecz bez owych drobnych punkcików, błony śluzowe przełyku też zaczerwienione. Obraz do płonicy bardzo podobny. Nazajutrz skóra prawidłowo zabarwiona, ciepłota normalna. Po drugiéj dawce chininy w dni kilka powtórzył się ten sam obraz. Stan podmiotowy dziecka mało jednak tylko był zmienionym. *Purpura medicamentosa*, czy też *erythema* zdaje się być objawem łagodniejszego zatrucia, *urticaria* zaś lub *erythema exsudativum multiforme* wyrazem silniejszego zakażenia. Z przypadków opisanych przez Heysingera, Köbnera, Tomasellego, Lightfoota, Garrawaya ciekawe są te dwa ostatnie, bo już po zażyciu 0·03 w pierwszym, a 0·14 w drugim wystąpiła wysypka swędząca, miejscami i obrzęk edematyczny skóry i ból w okolicy serca połączony z obawą. W przypadku podanym przez Tomasellego pojawiła się po kilku decygramach krew w moczu i następowa żółtaczka.

Wiadomo, że Behrend dzieli wysypki powstające po zażyciu pewnych leków na 3 kategoryje. Pierwsze powstają wskutek bezpośredniego porażenia nerwów naczynioruchowych skóry, drugie wskutek wydzielania się leku zażytego przez skórę, a trzecie wskutek tak zwanego dynamicznego działania leków, to jest nie wskutek właściwego swoistego działania leku samego, lecz wskutek chemizmu istoty jakiéjś, która pod wpływem wprowadzonego leku we krwi samej się wytwarza. Ten ostatni sposób odpowiada idiosynkrazyi, a nawet ciała zupełnie zresztą obojętne a nie tylko leki, lecz potrawy, owoce mają własności wywołania podobnych wysypek.

Sposób ten tłumaczenia nie nadaje się w naszym przypadku zupełnie, bo wysypka, najczęściéj pokrzywka, występująca po pewnych potrawach, rybach, rakach, poziomkach, śledziach, jak sam raz zauważyłem po gołąbkach, występuje u tych osób, które potraw tych wprzód nie używały, a powtarza się przy następowych próbach; w naszym przypadku zaś chora dawniéj chininę znosiła i organizm nawet chininą był przesiąknięty i wtedy dopiero poraz pierwszy pojawiła się wysypka i gwałtowne objawy zatrucia.

Tak jak u niektórych alkoholików coraz to mniejsza ilość wypitego alkoholu wystarcza do wywołania szału, tak może i wskutek nadmiernego zażywania chininy powstaje nadmierna pobudliwość systemu nerwowego i organizm nie znosi już nawet najmniejszych dawek.

IV. Oceny i sprawozdania.

Fizyjologija.

Dr. Segal (Odessa): **Zastosowanie hypnozy dla wyjaśnienia niektórych fizyjologicznych kwestyj.**

Poddawanie hypnotyczne autor zastosował dla wyjaśnienia, czy u człowieka istnieje jeden, czy dwa oddzielne dla każdego oka ośrodki okoruchowe, a także w celu wykrycia łączności między ośrodkiem wyobrażeń świetlnych a odruchowym ośrodkiem źrenic. Doświadczenia robiono na kobietach nerwowych przy udziale Dra Moczutkowskiego. 1. Skoro pacyjentka zasypiała, prawą górną powiekę podnoszono i poddawano, żeby tem okiem patrzyła wprost i nieruchomo, następnie wmawiano jéj, żeby lewe oko skierowała ku wewnątrz lub na zewnątrz, co się zawsze udawało w mniejszym lub większym stopniu. Rozbieżność jednooczna była słabszą niżli zbieżność. Obuocznéj rozbieżności wywołać nie mógł, również nie udawało się skierować lewe oko ku górze lub ku dołowi. 2. Uśpionéj podnoszono prawą górną powiekę i poddawano, że oko prawe było nieruchome i patrzyło wprost; następnie znowu wmawiano, że w pokoju bardzo ciemno, że nic nie widać i źrenica rozszerzała się, zwężała się zaś, skoro wmawiano, że w pokoju jasno, że słońce razi oko.

Autor wysnuwa wniosek, że dla każdego oka istnieje oddzielny ośrodek okoruchowy, podobnie jak istnieją oddzielne ośrodki i dla innych nerwów oczu, lecz że te ośrodki wskutek nieustannych ruchów asocyjacyjnych oczu ściśle są złączone z sobą.

Wiadomo, że u zwierząt, u których nie istnieje obuoczny akt widzenia, ośrodki te dość wyraźnie są rozdzielone. Jako potwierdzenie swych wyników Dr. S. przytacza spo-

strzeżenia Dr. Dupuy (*Revue de l'hypnotisme psych. physiologique*, Juin 1889): 27-letni inteligentny młodzian od dziecięctwa był w stanie przy fiksacyi jednego oka drugiem wykonywać ruchy w rozmaitych kierunkach.

Następnie kilka słów poświęca doświadczeniom Dra J. Moczutkowskiego nad świetlnemi halucynacyjami zahypnotyzowanych. Oddziaływanie żrenic pod wpływem świetlnych przedstawień (białego i zabarwionego światła) jest ciekawem pod tym względem, iż więcéj przemawia na korzyść teoryi Young-Helmholtza, niżli Heringa, tłomaczącego akt widzenia sprawami chemicznemi w siatkówce. Doświadczenia nie zupełnie ukończone. Lecz bądź co bądź są one dość ciekawe i obowiązani bylibyśmy Drowi Moczutkowskiemu, gdyby poznajomił z niemi kolegów w jednem z ojczystych czasopism lekarskich. (*Medicinskoje Obozrienje* 1889, Nr. 22).

Dr. J. Talko.

Patologija.

Dr. Rohrer (Zürich): **Rinolit i ptyolit.**

Wiadomo, że w zaułkach jamy nosowéj tworzą się kamyki rinolitami zwane, a podręczniki odpowiednie do rzadkości je zaliczają. Dr. R. wydobył 48-letniéj wyrobnicy, na zatkanie nosa skarżącéj się, kamień wielkości znacznéj. Oddychanie przez nos było niemożliwe. Od zewnątrz lewa połowa nosa była znacznie powiększoną. Z przewodu nosowego wyciek ropny cuchnący. Zgłębnik wykazuje kamień o licznych wyrostkach pomiędzy zagłębienia muszli się wciskających, z którego to powodu wydobycie za pomocą kleszczy niemożliwe. Po znieczuleniu wnętrza jamy nosowéj 20% roztworem kokainy, trzeba było najpierw owe wyrostki pojedynczo odłamywać i wyjmować, po czem dopiero sam kamień za pomocą haków wydobyć było można. Teraz dopiero przekonano się, iż rinolit wywołał nadżarcie téj części szczęki górnéj, do któréj przytykał. Ciężar jego wynosił 2 gramy, długość samego jajowatego jądra 2 ctm. z wyrostkami 3 ctm. Barwy był żółtawéj, pod względem zaś chemicznym z soli wapniowych złożony. Dr. R. wydobył także u innéj osoby z przewodu Warthoniana ptyolit czyli kamień śliniankowy, nie mniéj od rinolitów rzadko się znachodzący. Gruczoł ślinny był powiększony jak w żabce. Zgłębnikiem można było namacać ciało okrągławe, twarde, które przez nacięcie wydobyto. Ptyolit ważył 0·63 gr. i był na 1 ctm. długi i szeroki. (*Wr. kl. Wschft.*, 1890, Nr. 2).

Dr. Eisenberg (Warszawa): **Kiła i gruźlica.**

Nie podlega wątpliwości, że kiła osłabiając nawiedzony organizm, ułatwia drogę gruźlicy i jeżeli jéj jeszcze niema, robi go dla niéj przystępniejszym, a pozwala się jéj szybko rozpościerać i rozwijać, jeżeli już jest. Na odwrót osoby gruźlicze, zaraziwszy się kiłą, przechodzą ją w formie złośliwéj, zazwyczaj w postaci ecthyma, rupia i t. d., jak to Fournier wykazał. Choroby więc te dwie nawzajem się wspomagają, a usadawiając się w organizmie jednego i tego samego osobnika albo przebiegają typowo każda z osobna albo łączą się w obraz wspólny o odrębnym charakterze i przebiegu (*hybridité morbide* Verneuila), tworząc formy, które nadzwyczaj łatwo podlegają głębokim owrzodzeniom, rozpadom i fagedenizmowi. Ciekawem jest, że formy kiłowe, które odznaczają się zazwyczaj bolesnością n. p. zapalenia okostnéj, stawów itd., w tych przypadkach przebiegają bezboleśnie. Hutchinson i inni odrzucają te mięszane formy Verneuila, tem bardziéj, iż produkty tych dwóch chorób bardzo często pod względem anatomicznym nie dają się rozróżnić. Heubner, Baumgarten, a z badaczy polskich Brodowski i Browicz znajdowali w kilakach różnych narządów komórki olbrzymie, a Neumann znalazł je nawet w kłykcinach, a zatem w formie wczesnéj. Najlepszym dowodem istnienia rzeczywistego takich form mięszanych byłoby udowodnienie w ich produktach oprócz prątków gruźliczych Kocha, także bakteryj kiłowych. Te jednakowoż nie są nam bliżéj znane, mimo iż Dr. Lustgarten swój prątek za specificzny uważa. W dalszym ciągu przytacza Dr. E. historyję choroby i sekcyję suchotnika, u którego w licznych kilakach (krtań, jądro i przyjądrze) szukając za prątkiem Lustgartena, bardzo liczne prątki gruźlicze Kocha i komórki olbrzymie znalazł. Przypadek więc ten przemawiałby za istnieniem form odrębnych mięszanych, u których rozpoznanie natrafia na trudność pod względem gatunku zmiany patologicznéj. O trudnościach tych wspomina już Kocher, Brisand i Baumgarten. Za formą mięszaną przemawia w przytoczonym przypadku jeszcze wybuch na skórze w formie ecthyma, z któréj niektóre ogniska nie zabliźniły się, a w których po śmierci Dr. E. także prątki gruźlicze znalazł. Jest to także dowodem, że produkty kiłowe są znakomitem tłem odżywczem dla prątków gruźliczych, ułatwiając im usadawianie i rozmnażanie się. (*Brl. kl. Wschft.*, 1890, Nr. 6).

Choroby wewnętrzne.

Docent Dr. Stintzing (Monachijum): **Błona śluzowa żołądka w przebiegu chorób następowych** [1]).

Ciężkie choroby innych narządów łączą się prawie zawsze z zmianami czynnościowemi żołądka, często na pierwszy plan występującemi. Suchotnicy skarżą się przedewszystkiem na brak apetytu, wymioty i t. d. Cierpiący na serce lub nerwowe choroby widzą często tylko popsuty żołądek, a w przebiegu chorób zakaźnych lub ostrych przypady gastryczne prawie zawsze się pojawiają. Jest to dowodem, że żołądek nadzwyczaj jest skłonny do zboczeń następowych i śmiało rzec możemy, iż niema śmierci bez poprzednich dolegliwości gastrycznych. Mimo to lekarze tak mało dotychczas zajmowali się tą grupą cierpień. Znajdujemy wprawdzie w podręcznikach wzmianki, że do téj lub owéj choroby przyłączają się pewne objawy żołądkowe, ale nigdy nie znajdujemy tam bliższego objaśnienia, czy objawy te na czynnościowych, czy na organicznych zmianach polegają.

Dzisiaj zaczynamy się więcéj zajmować dyspepsyją suchotników, sercowych i nerwowych osób, a nawet Sachs, Ewald, Meyer i Morfan wzięli się w tym kierunku do badań anatomicznych. I autor wygłosił swych badań wyniki na zjeździe w Heidelbergu, a teraz prowadzi i uzupełnia swą pracę daléj, nie roszcząc sobie jednak wcale, aby wyniki te już za pewniki uchodziły. Jeżeli bada się żołądek nawet wielu gruźliczych, mimo że znajduje się obraz u wszystkich zgodny, nie można przecież zmiany otrzymane uważać za gruźlicy właściwe. Boć przecie i gorączka i inne cierpienia gruźlicy towarzyszące, a nią samą nie będące, na te zmiany wpłynąć mogły. Anamneza w kierunku wpierw przebytych chorób, w kierunku ilości spożywanego alkoholu i t. d., nie może być jak to każdy lekarz przyzna, punktem oparcia. Tylko długoletnie doświadczenie, liczne badania w różnych przedsiębrane kierunkach i ich wzajemne porównywania, daléj liczne doświadczenia *in vivo* osobników młodych prowadzą do celu. Aczkolwiek materyjał przez autora doświadczony nie był liczny, przecież histologiczne przeważnie badania wykazały, iż żołądek podlega ciężkim zmianom organicznym w przebiegu innych chorób ogólnych. Autor powtarza wyniki swych badań w żołądkach suchotników i rakiem zajętych przedsiębrane, a na zjeździe Heidelberskim wygłoszone a gdzie indziéj już drukiem ogłoszone i przytacza w dalszym ciągu przypadek ostréj gruźlicy płucnéj u 23-letniéj dziewczyny, śmiercią w przeciągu kilku tygodni zakończony. Przybłonek błony śluzowéj był częściowo w rozpadzie i gubił się w przykrywającym ją śluzie, komórki miały wejrzenie bryłowate, a przekrwienie górnéj warstwy błony było widoczne. Leukocytów w warstwie téj było nie wiele, za to przerost tkanki łącznéj i drobnoziarnisty naciek widoczny. Przekroje gruczołowe nieco tylko rozszerzone, jednak zupełny w nich brak komórek, za to wielka ilość śluzu. Warstwa mięśniowa barwika nie zawierała. Znaczne były zmiany drobnowidowe w żołądku mężczyzny na przerost i dylatacyję serca zmarłego. Warstwa przybłonkowa była zdarta; we wszystkich miejscach błony śluzowéj przerost łączno-tkankowy, ilość gruczołów mniejsza, a przewody ich wykazywały 10—12 ubocznych wgłębień z głównego wychodzących. W największéj części były one powiększone, komórki ich spłaszczone i drobnoziarnisto naciekłe. Znaczna ilość komórek tucznych (*Mastzellen*) w tkance łącznéj międzyzrazikowéj. Komórki tuczne wciskały się między *tunica propria* a komórki gruczołowe, obraz, który autor i w żołądkach suchotników znajdował. Warstwa mię-

[1]) Odczyt miany w Tow. monach. dn. 3/12 1889.

śniowa nie była zgrubiałą i nie zawierała barwika. Badał jeszcze 2 przypadki duru brzusznego. Pierwszy tyczył się 29-etniego mężczyzny z wadą serca, drugi odnosił się do młodéj, przedtem zdrowéj dziewczyny. Żołądek jéj okazywał znaczną degeneracyję komórek gruczołowych i przybłonka, jako też znaczny przerost tkanki łącznéj. Rozszerzone światło przewodów gruczołowych wypełnione było śluzem i leukocytami. W bł. mięsnéj mało barwika w przeciwieństwie do warstwy mięśniowéj powyższego mężczyzny, barwikiem przepełnionéj. W obu przypadkach znaczna ilość komórek tucznych. (*M. med. Woch.* 1890, Nr. 7). *Dr. Mendelsburg.*

Choroby dzieci.

Escherich: **W sprawie patogenezy chorób prątkowych przewodu pokarmowego u osesków.**

Zboczenia w trawieniu u osesków, których powstanie odnieść należy do nieprawidłowych spraw kiśnienia mleka lub treści jelitowéj, jak mleko złożonéj (*dyspepsia ex ingestis*) należy dokładnie odróżnić od właściwych chorób zakaźnych jelit, które niezawiśle od rodzaju karmienia wywoływuje wtargnięcie swoisto chorobotwórczych drobnoustrojów (cholera azyjatycka, dur brzuszny, pewne epidemicznie występujące przypadki cholery dzieci). Występowanie ich jest związane z kiśnieniem pewnych, prawdopodobnie bardzo rozwielmożnionych zarodków w odpowiedniem medium i wśród pewnych zewnętrznych warunków. Jako takie znamy dotychczas obecność prątków w mleku, względnie w zawartości jelit przy dyjecie mlecznéj i przebieg kiśnienia w wyższéj względnie ciepłocie ciała. Tworzą się przy tem rozmaite, przewód pokarmowy drażniące, kwasy organiczne i ciała zasadowo działające (ptomainy), których działanie na wrażliwy środkowy układ nerwowy osesków objawia się ciężkiemi nerwowemi zboczeniami w przebiegu ostrych biegunek letnich. Rozróżnić można kiśnienie pochodzenia ektogenicznego i endogenicznego. Pierwsze odnosi się do mleka krowiego, które już kilka godzin po dojeniu zawiera przeciętnie przeszło milion zarodków. Przez nie wywołany rozkład, znany pod nazwą kiśnienia kwasu mlekowego, ogranicza się do rozłożenia cukru mlekowego. Kiśnienie endogeniczne zaś przedstawia często bezpośredni ciąg dalszy ektogenicznego, gdyż żołądek oseska nie wydziela tyle kwasu solnego, aby po zobojętnieniu w znacznéj ilości zawartych zasad i białka mleka krowiego posiadał jeszcze wolny kwas do zabicia zarodków wprowadzonych z pokarmami. Klinicznie wywoływa spożycie ektogenicznie rozłożonego mleka objawy ostrego zatrucia z gwałtownemi miejscowemi objawami zadrażnienia, niekiedy z zapadem, sinicą, dusznością (obraz cholery dziecięcéj). Między sprawami endogenicznego kiśnienia rozróżnić należy kiśnienie żołądkowe (odbijanie, kwaśne wymioty, w końcu bezwład i rozstrzeń żołądka), kiśnienie jelit cieńkich (biegunka kwaśna) i jelit grubych (obj. *Colitis*). (*Münch. med. Woch.*, 1889, Nr. 43).

Choroby nerwowe.

Guinon: **Macinnica i rtęcica.**

Istnienie przypadków macinniczych w przebiegu przewlekłych zatruć jest niewątpliwem (ołów, rtęć, wyskok a może i kiła), ale różnie tłómaczą stosunek zatruć do macinnicy; zawsze jest jeszcze wątpliwem, czy zboczenia nerwowe należy przypisać zatruciu układu nerwowego rtęcią, albo czy pod wpływem trucizny jako przyczyny usposabiającéj u osób usposobionych wytwarza się choroba nerwowa. Ta niezgodność zdań jest podobną do kwestyi o uwiądzie rdzenia pacierzowego. Autor przytacza historyję choroby wyrobnika w fabryce zwierciadeł, u którego macinnica jest jedynie bezpośredniem następstwem zatrucia, czyli że bez usposobienia wywołane zostało rtęcią czysto toksyczne, objawowe zboczenie umysłowe. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.*, rocznik XX.).

Dr. Baschkopf.

Położnictwo.

Prof. Olshausen (Berlin): **Ciąża pozamaciczna, z uwzględnieniem leczenia szczególniéj jéj drugiéj połowy trwania.**

W dziedzinie ciąży pozamacicznéj poczyniła akuszeryja ostatniemi czasy nie małe postępy. Jest ona częstszem zjawiskiem, aniżeli dotychczas sądzono, bo Nélaton dowiódł, że *Haematocele retrouterina* w 28% na pękaniu jaja płodowego w jajowodzie polega. Także i etyjologija ciąży pozamacicznéj rozjaśniła się. Twierdzenie Hegara wypowiedziane przed 30-tu laty, iż zapadają najczęściéj na nią wieloródki, które w poprzednich ciążach zapalenia jajowodów z następowem zatkaniem przewodu przebywały i dziś stoi nie tknięte, ale dziś dodać do tego musimy, że i zmiany nieżytowe i rzeżączkowe błony śluzowéj jajowodów niszcząc przybłonek migawkowy i nie przypuszczając z jednéj strony jajka do macicy, a ułatwiając z drugiéj dostawanie się nasienia do jajowodu, należą do wybitnych jéj przyczyn. Prócz tego wskutek zgrubienia i zniesienia elastyczności ścian jajowodu peristaltyka jego staje się leniwą, lub całkiem ustaje. Według innych autorów przychodzi także do ciąży pozamacicznéj, jeżeli *coitus* zostaje na chwilę przerwany nagłym przestrachem kobiety, występuje bowiem wtedy chwilowa pareza trąbek. Olshausen zauważył pewną skłonność do téj ciąży u jednych i tych samych kobiet. Momentem etyjologicznym mogą być także mięsaki i śluzaki jajowodów. Symptomatologiia i rozpoznanie opierają się przedewszystkiem na ustaniu miesiączkowania i tworzeniu się powolnem guza obok macicy położonego i z nią szypułką połączonego. Pomyłki są łatwe, jeżeli przyłączają się do tego krwawienia. Możliwe są one jednak tylko w pierwszéj połowie ciąży, kiedy ruchu płodu jeszcze zbadać nie można. Olshausen pomylił się w ten sposób 2 razy, biorąc ciążę za nowotwór. Także i pod względem anatomicznym zapatrywania nasze się odmieniły. Podczas gdy przedtem sądzono, iż większa część ciąż pozamacicznych pierwotnie w jamie brzusznéj powstaje, wiemy teraz, iż miejsce przyczepne łożyska zawsze w jajowodzie leży, a tylko worek płodowy rosnąc, często do jamy brzusznéj się dostaje. Także mylnem jest zdanie, jakoby tylko brzuszne ciąże pozamaciczne dojrzewać miały. I w jajowodzie płód może zupełnie się rozwinąć, z końcem tylko ciąży pęka jajowód ku dołowi, a płód między *lig. lata* się dostaje.

Leczenie polega głównie na laparotomii. Operacyja ta dziś nie jest już niebezpieczną, a jeżeli się tętnice *spermatica interna* i *uterina* podwiąże, a w *lig. latum* kilka silnych ligatur ułoży, można zupełnie bezkrwawo operować. Jeżeli pęknięcie już nastąpiło, wtedy najlepiéj całą sprawę zostawić sobie saméj, chyba że zapad świadczy o wewnętrznym krwotoku. W takim razie laparotomija w celu podwiązania tętnic jest nieunikniona. Olshausen przytacza w dalszym ciągu 8 przypadków ciąży pozamacicznéj, w których jamę brzucha otwierał. W 3-ch pierwszych przypadkach najpierw przyszył worek płodowy do rany brzusznéj, płód wydostał, a następnie ranę drenował. W przypadku, w którym płód już od tygodni nie żył, udało mu się łożysko od razu bez krwotoku wyjąć. W dwóch innych przypadkach łożysko dopiero po 12 dniach się odkleiło. Pięć razy wyjął Olshausen po poprzedniem założeniu ligatur od razu cały worek płodowy. W jednym przypadku z pomiędzy 3 pierwszych woda płodowa odeszła kilka miesięcy przedtem, fakt dotychczas niespostrzegany. Płód leżał w zupełnie próżnym worku kompletnie spłaszczony i zbezkształtniony.

Nasuwa się teraz pytanie: Czy należy wobec donoszonego i żyjącego płodu wykonywać laparotomiję? Litzmann i Werth stanowczo odradzają, statystyka bowiem ich smutne przedstawia liczby. Na 22 operowanych zmarło im 19 matek. Przy obecnéj technice Olshausen jest za rękoczynem nie ze względu na dziecko, które prawie zawsze jest niezdolne do życia, ale ze względu na matkę, dla któréj metoda wyczekująca przedstawia daleko większe niebezpieczeństwo niż laparatomija. Olshausen stracił tylko 2, Breisky 1 pacyjentkę. Co począć z workiem płodowym i łożyskiem? W większéj liczbie przypadków udaje się go podwiązać i wyciąć, tylko jeżeli płód już od pewnego czasu nie żyje, a ciężarna gorączkuje, jeżeli spodziewamy się sposoczenia, należy worek przyszyć do rany brzusznéj i drenować. W przypadkach takich wycięcie całkowite jest niemożliwe, ponieważ worek płodowy jest licznemi błonami przyrośnięty. Jeżeli nie można worka oddalić, to należy się postarać o jak najszybsze wydalenie łożyska. Co należy nareszcie czynić wobec ciąży pozamacicznéj już lata trwającéj? Doświadczenie uczy, że nawet po tak długim czasie może przyjść do sposoczenia. Dopóki *litho-*

paedion nie jest zupełnie wytworzone, ewentualność ta może zawsze nastąpić. Olshausen widział sposoczenia u płodu w 4/5 częściach już zwapniałego. Küster po 27 latach, a Breisky po 6 latach sposoczenie spostrzegał. Dla tego laparotomija zawsze jest wskazaną. (*D. m. Woch.* 1890, Nr. 8, 9, 10).

Dr. Mendelsburg.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lwowska Tow. lek. galicyjskich.

Od chwili zawiązania się do początku b. r. odbywała swe posiedzenia w jednéj ze sal tutejszego magistratu podczas gdy bióro Towarzystwa i biblioteka Sekcyi mieściły się w biórze sanitarnem c. k. Namiestnictwa. Brak własnego lokalu dawał się czuć dotkliwie pomimo gościnności władz miejskich, a rozdzielenie urzędów i biblioteki było nietylko niedogodnem, ale czyniło tę ostatnią prowizorycznym składem książek prawie nieużytecznym. Zarząd sekcyi nosił się oddawna z myślą posiadania własnego lokalu, co jednak ze względu na fundusze było niepodobnem do urzeczywistnienia. W pomoc sekcyi przyszło za staraniem p. protomedyka Dra Merunowicza c. k. Namiestnictwo, umożebniając połączenie się téjże w jednym lokalu z pracownią bakteryjologiczną utrzymywaną przez rząd tak, że obecnie posiada sekcyja nasza lokal obszerny i wygodny przy ulicy Blacharskiéj l. 18, a koszta najmu opędza z dodatku do wkładek po 2 złr. od członka. Dobrodziejstwo tego zarządzenia uwidocznia się większem zainteresowaniem się kolegów posiedzeniami sekcyi, a dzięki opiece protomedyka pracownia bakteryjologiczna ma wkrótce tak być urządzona jak tego wymagają postępy nauki.

Uporządkowaniem biblioteki liczącéj do 4000 tomów zajmuje się gorliwie Dr. Klemens Dębicki, który dokończeniem w tym roku jeszcze podjętego dzieła odda towarzystwu wielką usługę.

Pierwsze naukowe posiedzenie odbyło się pod przewodnictwem Dra Bylickiego 1-go lutego, obecnych członków 38.

Kol. Bylicki zagaja posiedzenie przemówieniem, w którem zwraca uwagę na cele i rozwój towarzystwa. Konstatuje, że każdy rok co do treści posiedzeń i zainteresowania się kolegów jest lepszym. Daje wyraz wdzięczności zasługom p. protomedyka Merunowicza i b. przewodniczącego kol. Merczyńskiego, nadmieniając zarazem o pewnych brakach wynikających z obojętności wielu jeszcze kolegów, a zarazem przyobiecuje, że rozwinie wszelką możliwą działalność, aby braki te ustąpiły. W kwestyi formalnéj wyjaśnia, że protokółów z poprzednich kilku posiedzeń skutkiem słabości byłego sekretarza kol. Czyrniańskiego brak.

Kol. Schramm. Przypadek gastroenterostomii. Chora, którą przedstawić zamierzał z powodu nie dyspozycyi nie przyjechała. Podaje więc krótki przebieg choroby i stanu przed operacyją, następnie sam zabieg operacyjny wykonany metodą Wöflera. Na pytanie kol. Ziembickiego, czy przy téj operacyi są równie nie korzystne wyniki, co przy resekcyi skutkiem odłączenia mesenteryum i następowéj nekrozy kiszki odpowiada, że tu kreski od kiszki odłączać nie potrzeba.

Kol. Feigel demonstruje zapowiedziane preparaty. Żywe zainteresowanie obudziły: *uterus et vagina septae* oraz rana postrzałowa mózgu. Co do pierwszéj kol. Sielski ilustrując preparat przedstawia chorą, u któréj krwotok trwający daléj mimo zatamponowania jednéj pochwy zwrócił uwagę na anormalność podzielonéj pochwy. Kol. Czyżewicz po zbadaniu choréj kol. Sielskiego twierdzi, że przypadki takie nie są tak rzadkie, jakby się zdawało. Przypadek jednak zwykle kieruje rozpoznaniem. Sam widział 3 przypadki ciąży w podobnych warunkach. Dwa porody prawidłowe, dzieci niedonoszone *septum* pękło przy porodzie. W trzecim przypadku poronienie płodu 7—8 tygodniowego. Po za przypadkami ciąży obserwował również 2 razy to zboczenie: bolesność przy *coitus* skłoniła go do rozcięcia przegrody dzielącéj pochwę, zabieg ten uważa za odpowiedni w tych przypadkach, gdzie *septum* stwierdzono, jest on nie trudny i nie pociąga za sobą żadnych niemiłych przypadów u chorych. Rozpoznanie może być czasem trudne, jeśli chodzi o wykazanie, czy i jama macicy równocześnie jest podzieloną. Najlepiéj próbować wtedy za pomocą sond, czy ocierają się lub nie jedna o drugą.

Równie ożywione dyskusyje wywołał preparat postrzelonego mózgu. Strzał w podniebienie twarde kula przebiła idąc wprost ku górze część czołową mózgu po lewéj prawie tuż przy *gyrus rectus*, dobiegła do sklepienia czaszki i przebiwszy opony miękkie i twarde odbiła się od kości opadając lekko ku tyłowi w dół na *corpus callosum*. Kol. Feigel celem objaśnienia dodaje, że badanie drobnowidowe rdzenia przedłużonego zmian następowych w nerwach móżdżko-bocznych nie wykazało. Kol. Weber twierdzi, że w przypadku tym łatwiéj powiedzieć, jakich objawów za życia nie było, niż je pozytywnie odłączyć, przypomina analogiczne doświadczenia Horsleya z ostatn. zjazdu chirurgów w Berlinie. Objawów mózgowych ogniskowych lub rozlanych zapewnie był brak, sądzi, że co najwyżéj mogły istnieć drgawki. Kol. Ziembicki, na którego oddziale ten chory przebywał, opowiada, że przywieziony w kilka godzin po postrzale prócz lekkiego krwotoku ustami żadnych zboczeń nie okazywał, również przez cały przeciąg dni 10 objawów mózgowych był zupełny brak, zejście śmiertelne sprowadziła *meningitis*, która po 10 dniach wystąpiła.

Kol. Sawicki Edward przebiega po krótce nowszą naukę o lokalizacyi i funkcyjach mózgu, a zwróciwszy uwagę, że do zaburzeń w inteligencyi potrzeba zmian rozleglejszych w częściach przednich mózgu lub dyfuzyi procesu patologicznego, sądzi, że w danym przypadku ze względu na lokalizacyję rany, brak zadrażnienia zwojów podkorowych i brak rozlanéj zmiany w korze, żadnych objawów mózgowych nie było.

Kol. Barącz okazuje kilka preparatów promienicy ludzkiéj; powstaje nad niemi nader ożywiona dyskusyja, w któréj zabierając głos koll. Wehr, Szpilmann, Kadyi, zarzucając preparatom kol. Barącza, że nie są dość przekonywające ze względu na brak charakterystycznych pałeczek. W odpowiedzi kol. Barącz uważa, że do rozpoznania promienicy wystarczą prócz przebiegu klinicznego obraz podobny, jaki przedstawił pod mikroskopem. Autorowie jak Bastrom, Rotter, Neuwerth, Roser, Afanasiew, Broatr i inni napotkali przypadki, w których pałek wykazać nie mogli, tylko charakterystyczne nitki. Nitki promienicy są o wiele cieńsze od nitek *leptotrix buccalis*, dzielą się drzewkowato i są pokręcone w jego preparatach. Następnie przedstawił kol. Barącz chorego operowanego na wola sposobem Rydygiera. Wol zmniejszył się o 2 ctm. duszność ustąpiła. Przypadek ma być opisany w „Przeglądzie Lekarskim“. Sekretarz: *Dr. Teodor Jendl.*

VI. Pracownia dla ćwiczeń aseptycznych w operacyjach położniczych w Krakowie.

Powstanie nowego zakładu naukowego wita się z niekłamaną radością, a zazwyczaj zagaja się go z pewną ostentacyją i uroczystością. Tym razem cichaczem bez długich starań i przygotowań dzięki zabiegom i ofiarności jednostki powstał i rozpoczął czynności swe zakład arcypożyteczny, urządzony na wzór najlepszych zagranicznych, a chociaż od kilku już miesięcy korzystają zeń uczniowie, mało kto wie o jego istnieniu, mało kto go zwiedził, a przyznajemy, że do niedawna i myśmy o nim mało co wiedzieli. Zwiedziwszy go kilka dni temu przypadkiem i poznawszy jego wzorowe urządzenie, uważamy za obowiązek swój zdać pokrótce sprawę z naszych wrażeń, a przedewszystkiem wyjaśnić genezę i znaczenie jego.

Do roku 1882 ćwiczenia w operacyjach położniczych nie stanowiły osobnego przedmiotu w naszym Wydziale lekarskim. Naukę o operacyjach położniczych wykładał profesor położnictwa wśród wykładów klinicznych podczas godzin dla kliniki położniczo-ginekologicznéj przeznaczonych. Przed rokiem 1872 istniał tylko zwyczaj, że asystenci przy katedrze położnictwa odbywali prywatnie ćwiczenia podczas tak zwanych repetytoryjów z uczniami, którzy do rygorozum się przygotowali. W roku 1872 Ministerstwo poleciło: aby ćwiczenia w operacyjach położniczych wykładano osobno każdego roku, z tym dodatkiem, że może je wykładać docent położnictwa, w braku jednak takowego obowiązanym jest profesor położnictwa kurs taki wykładać.

Odtąd aż do roku 1877 wykładał prof. Madurowicz ćwiczenia w operacyjach położniczych w zakładzie anatomii opisowéj w pokoju przyległym do prosektorium, od roku zaś 1877 do 1880 w tymże samym zakładzie w suterenach. W roku 1881 prof. Madurowicz poruczył te ćwiczenia docentowi Marsowi, który od tego czasu nieprzerwanie wykładem tym się zajmuje.

Na miejsce wykładów i ćwiczeń przeznaczył mu Wydział lekarski za zgodą prof. Dra Teichmanna pokój w suterenach, w którym odbywał ćwiczenia z uczniami w latach poprzednich prof. Madurowicz, a którego to pokoju równocześnie używali do ćwiczeń w operacyjach okulistycznych i ćwiczeń w operacyjach dentystycznych prof. Rydel i docent Dr. Goebel. Nadto ponieważ ten pokój miał w zakładzie anatomii opisowéj odrębne przeznaczenie, przeto pomieszczenie w nim było tymczasowe.

Wobec niemożności sprowadzenia przyrządów i zbiorów do wykładów i ćwiczeń potrzebnych do pomienionego pokoju, w którym na to i miejsca nie było, odbywanie ćwiczeń wobec wzrastającéj liczby uczniów stało się nader trudnem. Pokój sam nie posiadał wcale warunków odpowiednich, albowiem mały, o jednem zakratowanem oknie, z piecem żelaznym, był ciemny i duszny tak, że uczniowie w nim pozostawać nie chcieli, tem mniéj, że było stołków zaledwie kilka, tak, że większość uczniów stojąc wykładów słuchała.

Ćwiczenia odbywały się na starych popsutych fantomach, albo czasem, jeżeli był materyjał, na trupach kobiecych i na płodach w spirytusie przechowywanych, kilkoma instrumentami do kliniki położniczo-ginekologicznéj należącemi. W ostatnich dwu latach nawet rzadko trup do ćwiczeń mógł być sprowadzony, gdyż zakład anatomii opisowéj sam cierpiał niedostatek materyjału, dla uczniów potrzebnego.

W tych warunkach wykładał doc. Mars kursa i odbywał ćwiczenia z uczniami aż do roku 1889/90. W ciągu tego czasu udawał się po dwakroć do Wydziału lekarskiego z prośbą o inne pomieszczenie, gdzieby mógł umieścić szafę i zebrać do wykładów i do ćwiczeń potrzebne przyrządy i preparaty, wobec jednak braku odpowiedniego lokalu otrzymywał każdym razem odmowną odpowiedź.

Wobec postępu nauki, wobec rozwiniętych w ostatnim dziesiątku lat pojęć o antyseptyce i aseptyce ćwiczenia w operacyjach położniczych odbywane w pomienionym pokoju w sposób praktykowany stały się złem, które koniecznie usunąć należało. Uczniowie zapisani równocześnie na kliniki: chirurgiczną i położniczą, przebywali w pokoju na wskróś septycznym, zanieczyszczali suknie na septycznych stołkach, fantomach, zanieczyszczali ręce septycznemi instrumentami na trupach, a w braku odpowiedniéj umywalni, zakażeni roznosili jad septyczny po klinikach i zakażali chorych.

Uważając naprawę tych stosunków za rzecz sumienia doc. Mars wyjechał w roku 1889 na kilka tygodni w celu poznania klinik niemieckich i zwiedził takowe w Berlinie, Hali, Lipsku, Jenie, Würzburgu, Heidelbergu, Strassburgu, Bazylei, Fryburgu i w Mnichowie. Wszędzie badał urządzenia, uczęszczał na ćwiczenia w operacyjach położniczych, aby się przekonać, jak takowe odbywają się w pomienionych uniwersytetach. Wszędzie z małemi różnicami zastał urządzenie podobne i na wzór tychże postanowił urządzić ćwiczenia w operacyjach położniczych w Krakowie.

Powróciwszy udał się do Rektora i rzecz mu przedstawiwszy prosił o odpowiedne pomieszczenie. Rektor oddał mu do tymczasowego użytku dwa pokoje w dawnem collegium juridicum przy ulicy Grodzkiéj na drugiem piętrze, w których dawniéj była pomieszczona kancelaryja Rektora i Sekretarza Senatu. Pokoje te obszerne, widne, jeden o 4-rech a drugi o 2-ch oknach, odebrał doc. Mars w stanie zupełnego zaniedbania, nadto otrzymał kilka desek ze starych ławek, stół, wieszadło i 3 stare fotele. Ubikacyje te otrzymał z początkiem października 1889 roku, a chcąc rozpocząć w nich wykłady zabrał się zaraz do urządzenia sali wykładowéj i pracowni.

Pierwszy pokój duży o 4-rech oknach urządził na salę wykładową i ustawił w niéj ławki, fantomy dwa sprowadzone z Jeny z prawdziwemi wszytemi miednicami kobiecemi, tablicę szklaną białą do rysowania kolorowemi kredami, stołeczki dla uczniów i umywalnię zaopatrzoną w potrzebne przybory do dokładnego oczyszczenia rąk. Umywalnia z blatem marmurowym, z miednicą porcelanową w leju porcelanowym umieszczoną ze zbiornikiem na wodę użytą, odpowiada wszelkim wymaganiom. Drugi pokój o dwóch oknach urządził na pracownię, a zarazem na zbiór przyrządów i preparatów potrzebnych do wykładów.

Przez ubiegłe półrocze odbywały się ćwiczenia w sposób następujący: do ćwiczeń używał doc. Mars zamiast trupów nowych fantomów zupełnie celowi odpowiadających, do podłogi stale śrubami umocowanych, po każdem użyciu zmywał je rozczynem sublimatu, aby je w czystości utrzymać. Operacyja położnicza na ujściu pochwowem, w pochwie, lub na ujściu macicy zewnętrznem ćwiczył na fantomie tak zwanym ginekologicznym, do którego wszywał wycięte części płciowe z trupa kobiecego, a przechowywane w rozczynie: sublimatu 1·0, gliceryny 300·0, wody destylowanéj 1000·0. W takim rozczynie przechowują części płciowe trupie w klinikach niemieckich i w tym rozczynie bez objawów gnicia dają się kilka miesięcy przechować, trzeba tylko co parę tygodni płyn zmienić. Operacyje położnicze w macicy, dokonywane na płodach, ćwiczył na fantomie tak zwanym położniczym, używając płodów balsamowanych. Balsamowania płodów dokonywał przez wymóżdżenie i wypaproszenie płodu, poczem tak jama czaszki, jama klatki piersiowéj i jama brzucha zostały wypchane watą sublimatową 5 : 1000, płód obmywano w rozczynie sublimatu 1 : 1000, a potem przechowano w absolutnym spirytusie 96° Tr. Tak preparaty części płciowych z trupów wycięte jakoteż i płody już balsamowane sprowadzał do pracowni, aby takowéj nie zanieczyścić. Po każdem ćwiczeniu każden z uczniów musiał myć starannie ręce najpierw rozczynem i *Sapo viridis* w glicerynie i szczotką, potem spirytusem absolutnym i szczotką, a wreszcie rozczynem sublimatu 1 : 1000 i szczotką.

Tym sposobem w czystym lokalu na czystych fantomach odbywają się ćwiczenia aseptycznie przyrządzonemi płodami, a potem uczniowie odrażają ręce dokładnie, zatem uczęszczać do kliniki bez szkody dla chorych.

Przy téj sposobności zebrał swoje preparaty, instrumenta do ćwiczeń, okazy dydaktyczne, przez co z korzyścią większą dla uczniów wykłady mógł odbywać.

Obecnie zakład ten istniejący 5-ty miesiąc, bo w pierwszych dniach listopada otwarty, posiada następujący inwentarz: 5 ławek dla uczniów, mogących pomieścić 45 słuchaczy; 30 trójnóżków, na których siedzą słuchacze podczas ćwiczeń; 7 stołów; 3 szafy, a z tych dwie oszklone; 1 kanapkę wyścielaną, 7 fotelików; 2 stołki; 23 instrumentów do operacyj, a między temi 7 będących własnością kliniki położniczo-ginekologicznéj; 20 drobnych narzędzi; 162 naczyń szklanych; 1 tablicę szklaną; 8 miednic z masy papierowéj; 6 miednic nieprawidłowych naturalnych; 25 miednic prawidłowych z osób różnego wieku; 4 czaszki płodowe; 3 płody balsamowane; 1 przekrój rodzącéj, zmarłéj podczas porodu; 19 preparatów spirytusowych, kilkaset preparatów mikroskopowych; 30 odlewów woskowych pochwy. Ogółem inwentarz obejmuje 360 przedmiotów.

A teraz przypatrzmy się kosztom urządzenia tego zakładu:

Robota murarska kosztowała 35 złr., naprawa rur gazowych 17 złr., roboty stolarskie 143 złr., tapicerska 131 złr., bielizna 13 złr., naczynia szklane i lampa 114 złr., dwie umywalnie 148 złr., fantomy 150 złr., mikrotom i instrumenta 110 złr., chemikalia 40 złr., miednica z masy papierowéj 90 złr., miednica prawidłowa i nieprawidłowa 31 złr., przekrój rodzącéj 220 złr., 30 odlewów woskowych 15 złr., wydatki mniejsze wynosiły 40 złr., za usługę przez 5 miesięcy zapłacono 25 złr. — czyli wydano razem 1320 złr.

Całą tę sumę pokrył z własnych funduszów docent Mars, a życzliwości rektora Korczyńskiego zawdzięcza, że nie był zmuszony wynająć także za własne pieniądze osobnego lokalu. Tym sposobem bez najmniejszego przyczynienia się ze strony Rządu powstał piękny zakład, który pod względem dydaktycznym już teraz oddaje znakomite usługi; liczny bowiem poczet uczniów garnie się z ochotą do ćwiczeń, tak potrzebnych dla przyszłego zawodu i wyraża zadowolenie swoje z powodu, że teraz dopiero w sposób należyty korzystać może z materyjału bez narażenia się na zarzut uzasadniony, że pojawiając się w klinikach lub szpitalu po ćwiczeniach szkodzić może chorym. Rzecz atoli ma także stronę swoją ujemną. Zakład powstały z inicyjatywy i ofiarności jednostki, jak dotychczas jest zakładem prywatnym, umieszczonym za zezwoleniem p. rektora tymczasowo

w dwóch salach starego gmachu uniwersyteckiego. Zezwolenie nietylko w zasadzie każdéj chwili może być cofniętem, ale w rzeczywistości grozi zakładowi nowemu niebezpieczeństwo, ponieważ z urządzeniem oddziału rolniczego przy Wydziale filozoficznym naszego Uniwersytetu lokal zajmowany teraz przez doc. Marsa będzie potrzebny dla tego oddziału i już podobno dlań jest przeznaczony. Niezadługo więc Senat akademicki zmuszony będzie zająć się kwestyją, co począć z zakładem w mowie będącym, gdzie go umieścić; pytanie, czy znajdzie się wtedy lokal stósowny, bo o dobrych chęciach Senatu ani na chwilę nie wątpimy. Arcy-niesprawiedliwą zaś byłoby rzeczą, gdyby dla braku lokalu rządowego docent Mars miał być zmuszony albo zwinąć zakład, albo własnym kosztem wynająć dlań lokal w zabudowaniu prywatnem.

Naszem zdaniem inny jest punkt wyjścia. Wydziałowi lekarskiemu zależeć na tem musi, aby zakład już istniejący nie upadł. Powinien zatem Wydział wystarać się u Ministerstwa Oświecenia, aby zakład ten uznany został za publiczny, uniwersytecki, a więc znalazł raz na zawsze pomieszczenie odpowiednie w jednym z gmachów uniwersyteckich, miał wyznaczoną choć skromną dotacyję roczną, a przedewszystkiem miał przyznanego sobie osobnego służącego. Nie wątpimy, że w takim razie docent Mars oddałby bezinteresownie wszystko, co zakład w sobie mieści, na własność Rządu, a względnie Uniwersytetu, naturalnie pod jedynym warunkiem, aby założyciel pozostał nadal kierownikiem, choć bezpłatnym. Uniwersytet nasz zyskałby przez to nowy zakład, pięknie urządzony i mieszczący w sobie już wcale pokaźne zbiory, doc. Mars zaś miałby tę satysfakcyję, że własnym kosztem przysporzył uniwersytetowi instytucyję pożyteczną, która pod opieką Rządu a jego kierownictwem coraz piękniéj rozwijać się może. Tuszymy sobie, że Wydział lekarski nie odmówi gorącego poparcia swego sprawie tak słusznéj. *L. B.*

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

L. 91.626. **Okólnik c. k. Namiestnictwa**

Do Panów c. k. Starostów.

Celem zapobiegnięcia szerzeniu się chorób zakaźnych w zdrojowiskach, względnie w stacyjach klimatycznych i dalszemu rozwleczeniu tych chorób z zdrojowisk (stacyj klimatycznych) zarządza się na podstawie opinii c. k. kraj. Rady zdrowia i z odwołaniem się na obecnie obowiązujące przepisy o tłumieniu chorób zakaźnych co następuje:

1. Każdy właściciel domu, względnie jego zarządca w zakładzie kąpielowym (stacyi klimatycznéj) lub w przyległéj gminie winien o każdym przypadku stwierdzonéj w jego domu choroby zakaźnéj, jako to tyfusu, ospy, szkarlatyny, kurcze, dyfteryi, dysenteryi i kokluszu donieść bezzwłocznie za pośrednictwem naczelnika gminy, względnie przełożonego obszaru dworskiego do c. k. Starostwa.

Ten obowiązek ciąży również na lekarzach, wykonywających praktykę lekarską w zdrojowisku.

Zaniedbujących tego obowiązku należy pociągać do odpowiedzialności.

2. Zarząd każdego zakładu winien mieć na oku dom jeden położony na uboczu, któryby na wypadek pojawienia się choroby zakaźnéj bezzwłocznie można opróżnić i tam umieścić chorego wraz z jego rodziną.

Również w obrębie gminy wiejskiéj ma być upatrzony dom włościański do tego celu odpowiedni i z góry zakontraktowany, któryby w każdéj chwili mógł być użytym na umieszczenie osób chorobą zakaźną dotkniętych.

3. W każdym takim wypadku ma być wedle wskazówek podanych rozp. wys. c. k. Ministerstwa spraw wewn. z 16 sierpnia 1887 l. 20.662 (ogłoszonych w dzienniku ust. i rozp. kraj. dla Galicyi, Nr. 56 ex 1887, l. 53.781) wykonaną desinfekcyja pokoju, mebli, pościeli, sukni, korytarzy, wychodków, a to stosownie do właściwości choroby stwierdzonéj.

Za dokonaną desinfekcyję winny dotknięte strony uiścić należytość, która nie może być wyższą od kosztów z tą desinfekcyją połączonych.

4. W pojedynczych przypadkach choroby zakaźnéj u osób nie mogących płacić za swe pomieszczenie, trzeba je odesłać do najbliższego szpitala, jeżeli tylko stan ich zdrowia na to pozwala. W każdym jednak razie potrzeba uzyskać zezwolenia od władzy politycznéj do przewożenia chorych dotkniętych chorobą zakaźną z jednéj gminy do drugiéj (tut. rozp. z 16/4 1887 l. 15.388),

5. Na wypadek, gdyby strona nawiedzona chorobą zakaźną opierała się przeniesieniu na inne stosowniejsze mieszkanie lub desinfekcyi, obowiązany będzie zarząd zdrojowy zażądać interwencyi przełożonego obszaru dworskiego, względnie naczelnika gminy, a gdyby i to nie odniosło skutku, bezzwłocznie o tem uwiadomić c. k. Starostwo.

6. Osobom należącym do rodziny, pośród któréj panuje choroba zakaźna, wzbroniony jest przystęp na miejsca uczęszczane przez publiczność zdrojową, a jeżeliby używały kąpieli, takowe mogą im być tylko w godzinach popołudniowych wydawane, a łazienki przez nie używane powinny być po każdem użyciu dobrze przewietrzane.

7. O przebiegu każdéj w zakładzie wybuchłéj choroby zakaźnéj winien lekarz zakładowy sam, lub za pośrednictwem ck. inspektora zdrojowego zdać sprawę każdéj soboty do c. k. Starostwa.

Wzywa się Pana c. k. Starostę do dalszego zarządzenia, aby powyższe przepisy w zdrojowisku (stacyi klimatycznéj) w powiecie się znajdującem ściśle wykonywane były.

Lwów 18 marca 1890. *Badeni.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 3 kwietnia 1890. Na wczorajszem posiedzeniu Tow. lek. krak. przyjęto wniosek przewodniczącego komisyi przemysłowéj rektora Korczyńskiego, iżby kapsułki p. Zahradnika z Jezierny jako doskonałe do użycia zalecić. Kolega Surzycki przedstawiał chorego z klin. wewnętrz. z pląsawicą połowiczą najprawdopodobniéj na tle kiły. Przypadek ten będzie jeszcze raz przedstawiony po przebyciu leczenia przeciwkiłowego. Następnie prof. Obaliński przedstawił chorego z ekstyrpacyją krtani całkowitą wskutek zajęcia rakowatego i okazywał, jak chory obecnie w 12 dni po operacyi sam je i pije. Tenże przedstawił przypadek ropnia opadowego, jeden z licznych, wktórych przez otwarcie i wyskrobanie po dojściu do ogniska osiągnięto wyleczenie.

* W niedzielę odbyło się w sali Rady miejskiéj ogólne zgromadzenie członków Towarzystwa opieki zdrowia; posiedzenie zagaił prezes Towarzystwa prof. Jordan, a dyrektor Gettlich zdał sprawę z dotychczasowych czynności. W dyskusyi nad sprawozdaniem przyjęto wniosek Dra Leo, aby Wydział wziął pod rozwagę ustawę przeciw pijaństwu, oraz wniosek sekretarza, aby upoważnić prezesa i sekretarza, aby imieniem Tow. złożyli JE. księciu biskupowi podziękowanie za popieranie celów Towarzystwa. Następnie odbył się wykład prof. Cybulskiego: „O wpływie nowoczesnéj szkoły na zdrowie młodzieży“, a w końcu uchwalono pewne zmiany statutu i wybrano 5 nowych członków Wydziału, pomiędzy nimi z lekarzy lekarza powiat. Dra Ponikłę i Dra Murdzieńskiego.

* Kierownikiem zakładu Brehmera w Görbersdorfie został Dr. Wolff z Hamburga.

* Pod przewodnictwem Virchowa ukonstytuował się komitet, którego zadaniem jest zebranie funduszu celem uwieńczenia pamięci Traubego przez ustawienie jego popiersia w szpitalu Charité.

* Otrzymaliśmy pierwszy wykaz gości w Cieplicach czeskich; było ich od 1 stycznia r. b. 24.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Królewiec.** Prof. Mikulicz otrzymał tytuł tajnego radzcy lekarskiego. — **Berlin.** Dyrektor szpitala Friedreichshain Dr. Hahn otrzymał tytuł profesora. — **Heidelberg.** W miejsce zmarłego prof. Duscha powołany został prof. Vierordt z Jeny.

* Stopień doktora wszech nauk lek. otrzymał onegdaj p. Herman Pilzer, rodem z Pilzna w Galicyi.

* **Zmarli:** we Wiedniu Dr. Adam Handlirsch demonstrator przy katedrze medycyny sądowéj w 27 roku życia wskutek infekcyi. — W Paryżu Ulysses Trélat, prof. kliniki chirurgicznéj w szpitalu Neckera, słynny operator, (urodzony w Paryżu d. 13 sierpnia 1828 r., od r. 1880 prof. chirurgii i członek Akademii lek. Ojciec jego, tego samego imienia, zmarły w r. 1870 był znakomitym psychijatrą, a za 2-iéj rzeczypospolitéj ministrem robót publicznych).

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 13: Babińskiego: 6 spostrzeżeń wy-

sypki ostréj, przypomin. t. zw. dengue; Oderfelda: Trzy przyp. raka kończyn; Matlakowskiego: O bąblowcu sieci (dok.); — w *Medycynie* Nr. 13: Majkowskiego: Sprawozdanie z Buska; Dobrzyckiego: Sprawozdanie z Sławuty; — w *Kronice Lek.* Nr. 3: Biernackiego: Pląsawica dziedziczna przewlekła.

Redakcyja otrzymała:

J. SZWAJCER: Kilka uwag i spostrzeżeń nad przebiegiem influenzy w Warszawie (odbitka z *Medycyny* 1890; in 8-vo str. 12. — Dr. F. CHŁAPOWSKI: Grużlica bydlęca a rzeżactwo żydowskie (odbitka z *Nowin Lek.* 1889) in 8-vo str. 19.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Konkurs.

Celem obsadzenia posady lekarza przy szpitalu powiatowym w Horodence (w którym chorych pielęgnują Siostry miłosierdzia) rozpisuje się konkurs z terminem do 15 Kwietnia r. b.

Wymagane są studja wszech nauk lekarskich. Pensya roczna 400 złr. Praktyka jest wolną.

Podania przyjmuje Wydział powiatowy w Horodence. 40—2—1

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 12 Kwietnia 1890. Nr. 15.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj Prof. Dra M. Madurowicza.

Przypadek laparotomii z powodu pęknięcia macicy [1].

Skreślił

Dr. Stanisław Braun, 1-szy asystent.

Do najgorszych wydarzeń, jakie się mogą pojawić podczas aktu porodowego, należy bezsprzecznie pęknięcie macicy, (*ruptura uteri*). Pominąwszy okoliczność, że opinia każdego lekarza jako położnika cierpi wiele na tem, jeżeli podczas rękoczynu położniczego, czy to niezręcznie, czy to w nieodpowiednich warunkach wykonywanego, rozedrze się macica, czyli powstanie tak zwane pęknięcie macicy gwałtowne (*ruptura uteri violenta*), to nawet bez naszego współudziału powstałe pęknięcie macicy, tak zwane pęknięcie dobrowolne (*ruptura uteri spontanea*), należy jeszcze w obecnéj chwili z powodu utraty krwi (*Anaemia acuta*) lub przystępującego zakażenia po zakażeniu połogowem (*febris puerperalis*) do najczęstszych przyczyn śmierci matki i płodu podczas porodu.

Podczas gdy procent śmiertelności z powodu gorączki połogowéj znacznie się pomniejszył, odkąd przez genialne spostrzeżenia Semmelweissa znamy przyczynę zakażenia połogowego, a w opatrunku ran przeciwgnilnym Listera mamy dzielny i skuteczny środek do zniszczenia działania zarazka, to przecież sprawa pęknięcia macicy nie przedstawia się nam jeszcze dotąd w tak korzystnem świetle. Statystyka wykazuje nam wprawdzie, że nieszczęście to spotyka rodzące z każdym rokiem coraz to rzadziéj, ale równocześnie i poucza nas, że pęknięcie macicy zdarza się jeszcze dotąd w dość zastraszającéj liczbie. Dość wspomnieć, że według zestawień statystycznych Frankego przypada jedno rozdarcie macicy na 3225, według Karola Brauna na 2353, według Ludwika Bandla na 1183 porodów. Przyczyn tak często jeszcze powtarzającego się u nas pęknięcia macicy dopatrywać się należy naprzód w tem, że przeważna liczba porodów, szczególnie na wsi i po małych miasteczkach, odbywa się pod opieką babek, osób nie mających pojęcia o położnictwie, a tem samem nie wiedzących, że podczas porodu może pęknąć macica, powtóre, że z powodu niedbałości i niesumienności położnych z jednéj strony, niczem nieusprawiedliwionego uprzedzenia i niedowierzania publiczności lekarzom z drugiéj strony, bywają lekarze zapóźno wzywani do porodów, zwykle już wtedy zaniedbanych, w których dla rozwiązania ostatecznego rodzącéj zmuszeni są nieraz wykonywać trudniejsze i dla matki niebezpieczniejsze zabiegi, podczas gdy to samo powikłanie porodowe byłoby się dało usunąć w samym początku porodu daleko lżejszym sposobem.

Wystarczy tu wspomnieć dla uzasadnienia tego twierdzenia o położeniach płodu poprzecznych, które z początku może lekarz zamienić na położenie podłużne przez samo ułożenie rodzącéj na bok odpowiedni, jeżeli zaś już wytworzyło się położenie poprzeczne zaniedbane, stwierdza lekarz albo już wyraźne objawy zakażenia połogowego rodzącéj, któremu nawet po udałem rozwiązaniu w parę dni lub tygodni ulega, lub dolny odcinek macicy tak mocno rozszerzony, wyciągnięty ku górze i w ścianach ścieńczały, że nawet nieraz pomimo najzręczniéj w narkozie głębokiéj wykonywanego obrotu lub rozkawalenia płodu rozdziera macicę.

Jeżeli jednak mimo tych niekorzystnych stosunków, na poprawienie których czekać będziemy jeszcze nie jednę dziesiątkę lat, wykonywają lekarze zabiegi położnicze z każdym rokiem coraz to częściéj bez sprowadzenia pęknięcia macicy, to mamy to jedynie zawdzięczać genialnym pracom Ludwika Bandla, który pierwszy nam jasno wykazał miejsce, warunki, sposób czyli tak zwany mechanizm pęknięcia macicy, a zarazem nas jasno pouczył, jak wcześnie rozpoznać i zapobiegać grożącemu niebezpieczeństwu pęknięcia macicy. Gdy pomimo tych ostrzegających wskazówek Bandla ten lub ów lekarz, wezwany wcześnie do porodu, sprowadzi rozdarcie macicy, to zwykle albo wykonywał zabieg za szybko i nieostrożnie lub nie przestrzegał ściśle zasad w położnictwie przyjętych. Kazuistyka bowiem wykazuje, że w jednéj połowie przypadków pęknięcia macicy wykonywał lekarz obrót na nóżki bez głębokiéj narkozy w położeniu płodu poprzecznem zaniedbanem lub przy główce ustalonéj; w drugiéj połowie przypadków

[1] Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa ginekologicznego.

zakładał kleszcze na główce ruchoméj, wysoko nad wchodem położonéj.

W czasach, kiedy nie tylko nie znano przyczyn pęknięcia macicy, ale nawet nie wiedziano, że istnieje podobne cierpienie, podobny krok fałszywy ze strony lekarza był do przebaczenia; dzisiaj atoli w ten sposób wyrządzona krzywda rodzącéj jest błędem, co najmniéj, nie do naśladowania.

Wiadomo bowiem z literatury położnictwa, że do czasu kiedy nie robiono sekcyj anatomicznych, zatem do połowy 16 wieku, kiedy Wezal pierwszy otworzył jamy ciała ludzkiego, nie wiedziano wcale, czy macica może pęknąć podczas porodu. Dopiero, jak Velpeau twierdzi, Jaques Guillemeau żyjący pod koniec 16 wieku, według innych autorów Mauriceau pierwszy miał rozpoznać to cierpienie i to na zwłokach téj saméj kobiety, na któréj w Paryżu po raz pierwszy próbował wynalazca kleszczy główkowych Hugon Chamberlen swoich kleszczy. Była to stara pierwiastka 38 lat licząca ze znacznem ścieśnieniem miednicy, któréj, gdy po 5-ciu dniach czynności porodowéj Mauriceau nie mógł rozwiązać, wezwał ku pomocy bawiącego podówczas w Paryżu Hugona Chamberlena, który podobnie jak Mauriceau trudził się napróżno przez 3 godziny nad wydobyciem płodu. Matka umarła nierozwiązana w 24 godzin po tych nieudałych próbach pierwszéj operacyi kleszczowéj, a oględziny pośmiertne wykonane przez Mauriceaua wykazały pęknięcie macicy. Od tego czasu wiedziano, że podczas porodu może rozedrzeć się macica, co sprowadza śmierć matki i płodu; ale przez dłuższy czas nie umiano sobie wytłomaczyć przyczyn pęknięcia. Dopiero gdy poznano bliżéj budowę miednicy, Wezal znalazł różnicę między miednicą męzką a kobiecą, Arantius, uczeń jego, wykazał, że istnieją ścieśnione miednice, zaczęto się kusić o wytłómaczenie przyczyn pękania.

W dziele Deventera i De la Motte'a spotykamy się z pierwszą teoryją, która utrzymuje, że macica pęka z powodu zbyt gwałtownych ruchów płodowych. Teoryja ta utrzymuje się bardzo długo, bo jeszcze z początkiem 19 wieku widzimy w G. W. Steinie młodszym gorącego jéj zwolennika, a zaczyna upadać dopiero, kiedy przez prace Levreta i Smelliego nauka położnictwa weszła na inne tory. Autorowie ci wykazali, że istnieją różne rodzaje ścieśnienia, że można określić stopień tegoż, oznaczając wymiar prosty przekątny (*conjugata diagonalis*), co jest główną zasługą Smelliego; wreszcie, że pęknięcie macicy powstaje, nie jak dotychczasowa teoryja twierdzi, z zwiększonych ruchów płodu, lecz przez osłabienie macicy, wywołane przez długotrwały poród. Teoryi Smelliego hołduje Baudelocque, który pierwszy odróżnia ściśle pęknięcie (*ruptura*) od przetarcia (*usura*), częściowe pęknięcie (*ruptura uteri partialis*) od całkowitego (*ruptura uteri totalis*) a zmienia teoryję Smelliego o tyle, że według jego zdania pęka nietylko macica, patologicznie zmieniona, ale i u osób zdrowych, byle poród trwał długo, a bóle były zbyt silne. Sprawą pęknięcia macicy zajmują się po Baudelocque'u Osiander, Boër, Siebold i Michaëlis.

Osiander pierwszy zwrócił uwagę, że podczas obrotu płodu na nóżki pęka macica albo w chwili, gdy ręka odsuwa główkę na bok, aby łatwiéj dojść do nóżek mogła, albo gdy uchwyciwszy za nóżki ściąga takowe ku dołowi. Boër stara się oznaczyć najczęstsze miejsce pęknięcia i twierdzi, jak i Osiander mylnie, że pęka zawsze górna połowa pochwy; uważają obaj mylnie szyjkę podczas pęknięcia nadmiernie rozciągniętą za górną połowę pochwy.

Siebold opisuje dokładnie pęknięcie macicy niezupełne (*ruptuta uteri partialis v. haematoma ligamenti lati*), rozumiejąc przez to nagromadzenie się znacznéj ilości krwi skrzepłéj pod otrzewną od podstawy oddzieloną, w postaci guza zwykle z boku macicy umieszczonego między blaszkami wiązu szerokiego po poprzedniem przedarciu się warstwy śluzowéj i mięsnéj szyjki.

Sam tylko Michaëlis potrafił przepowiedzieć naprzód w jednym przypadku, że pęknie macica, ale na jakich szczegółach rozpoznawczych opierał swoją przepowiednię, sam późniéj tego bliżéj podać nie umiał.

Tak mijały lata; wiedziano, że macica pęka, jeżeli poród przeciąga się z powodu jakiejś przeszkody porodowéj i bóle porodowe są zbyt silne, ale jak pęknięcie powstaje i jak naprzód rozpoznać niebezpieczeństwo grożącego pęknięcia macicy, nie umiano sobie jasno wytłómaczyć.

Dopiero w roku 1875 rozwiązał powyższą zagadkę L. Bandl, kiedy na podstawie ścisłych badań na rodzących w klinice K. Brauna i na podstawie protokółów sekcyjnych z przypadków pęknięcia macicy przyszedł do tego spostrzeżenia, że pęknąć może macica podczas ciąży, choć to są dość rzadkie przypadki, ale najczęściéj podczas porodu, że głównie pęka szyjka, nie trzon lub górna połowa pochwy, że pęknięcie następuje z powodu znacznego niestosunku porodowego wywołanego albo przez ścieśnienie miednicy albo przez zwężenie kanału rodnego miękkiego albo przez położenie płodu poprzeczne lub ukośne, albo jeżeli główka płodu jest w szwach i ciemionach przedwcześnie skostniała, duża twarda i mało ściśliwa lub jeżeli główka jest nieprawidłowo ułożona, jak w położeniu czołowem i twarzowem.

Równocześnie wyprowadził z swych spostrzeżeń praktyczną wskazówkę, że wtedy pęka szyjka macicy, kiedy jéj ściany zostaną nadmiernie wyciągnięte ku górze i ścieńczałej co można poznać po znacznem wysunięciu się ku pępkowi bruzdy biegnącéj poprzecznie, zaznaczającéj granicę między trzonem a dolnym odcinkiem macicy, dającéj się wybadać przez powłoki brzuszne w zwykłych warunkach w wysokości 2 palców nad górnym brzegiem spojenia łonowego, posuwającéj się w miarę rozciągnięcia i ścieńczenia ścian dolnego odcinka macicy, coraz to wyżéj ku pępkowi tak, że tuż przed pęknięciem znajdować się może w wysokości pępka lub nieco powyżéj.

Dolny odcinek macicy ulega według jego zdania najczęściéj rozciągnięciu po stronie potylicy, ztąd sobie tłomaczy tak częste pęknięcie szyjki po stronie grzbietu płodu; w poprzecznych położeniach i pęknięciu dobrowolnem znajdował najczęściéj otwór w szyjce macicy po téj stronie, gdzie leżała główka, po pęknięciu gwałtownem raz po stronie główki, drugi raz po stronie nóżek.

Jakkolwiek teoryja Bandla nie wystarcza do wytłomaczenia sposobu pęknięcia macicy w porodach nagłych, krótko trwających, obok pęcherza utrzymanego, to jednak jest ona obecnie ogólnie przyjęta, a owa bruzda poprzeczna, tak zwany pierścień skurczowy (*Contractionsring* Schroedera), zwiastująca pęknięcie macicy, jest w dyjagnostyce położniczéj zdobyczą nieocenionego znaczenia, tak pod względem teoretycznym, jak i praktycznym.

Dość, aby uczcić zasługi Bandla, powiedzieć, że od czasu jego pracy o pęknięciu macicy podczas porodu i ciąży, tysiące kobiet i dzieci zostało ochronionych od nieochybnéj śmierci. Jeżeli dzisiaj lekarzowi obserwującemu poród od samego początku pęknie macica, to zapewne, że mało zwracał uwagi na ów szczegół rozpoznawczy; a jeżeli szanownym

Panom ośmielam się przedstawić przypadek pęknięcia macicy, który przecież nie jest tak rzadkiem zdarzeniem w położnictwie, jak bezwzględne ścieśnienie miednicy, to czynię to dla tego, aby dać żywą illustracyję, jak nie raz zaniedbanie prawideł położniczych sprowadzić może pęknięcie macicy.

(Dokończenie nastąpi.)

II. O laryngofisurze na podstawie własnego doświadczenia.

Podług wykładu mianego w Tow. lekarskiem krak. w czerwcu 1889 r., uzupełnione przypadkami późniejszemi.

Podał

prof. Dr. Pieniążek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 14).

18) Ośmnasty przypadek dotyczy chorego, który został uderzony przez konia kopytem w okolicę krtani, poczem nastąpił krwotok i duszność wzmagająca się tak, że w kilka godzin musiano zrobić w szpitalu św. Łazarza tracheotomiję, której dokonał Dr. Bukowski Badanie wykonane na drugi dzień rano wykazało, że tarcze chrząstki tarczykowéj nie okazują zwykłéj odporności, równie jak i krawędź ich spojenia (*pomum Adami*), która się przytem przedstawiała wyraźnie przypłaszczona. Po nad płytą tarczykową lewą więcéj na zewnątrz wyczuć można było trzeszczenie powietrza, którego w okolicy rany tracheotomijnéj nie znaleziono. Badanie krtani laryngoskopem wykazało obrzmienie całego wejścia krtani, upośledzone rozchodzenie się strun głosowych na zewnątrz, obrzmienie pod ich brzegami, oraz w okolicy szypułki i nagłośni, które to ostatnie wtłaczało się pomiędzy struny głosowe z przodu w formie jakby płatu spadającego ku dołowi. Przy badaniu lusterkiem Czermaka przez ranę tracheotomijną okazały się również boczne ściany krtani obrzmiałe, a na przedniéj nieforemny płat z góry spadający ruchomy. Wobec tego stanu rozpoznano złamanie chrząstki tarczykowéj z przedarciem i oderwaniem części błony śluzowéj krtani. Przez kilka tygodni pozostawiono chorego w spokoju, rachując na ustąpienie obrzmienia, które też istotnie ustąpiło, wspomniany zaś płat ruchomy przez ropienie oddzielony został. Pomimo tego jednak krtań chorego nie była drożną, a przy badaniu spostrzedz było można, że część szypułkowa nagłośni znacznie do tylnéj ściany krtani jest zbliżoną, chrząstki zaś nalewkowe słabo się rozchodzą. Gdy jednakowoż stan powyższy przez dalsze kilka tygodni w mierze się utrzymywał, a głośnia stale niedrożną pozostawała, zdecydowałem się przystąpić do laryngofisury w celu wycięcia wtłaczających się w światło krtani części błony śluzowéj, a oraz reponowania za pomocą tamponu odłamków chrząstki tarczykowéj. Laryngofisury dokonałem w początku września 1889 r. przy zwieszonéj głowie, poczem wyciąłem wtłaczającą się w światło krtani błonę śluzową, założyłem tampon z gazy jodoformowéj szczelnie światło krtani wypełniający, nad którym ranę zeszyłem szwem przez chrząstki idącym. Wyjechawszy w parę dni potem nie miałem sposobności daléj chorego obserwować. W miesiąc późniéj powróciwszy dowiedziałem się, że tampon po dniach kilku z rany się wysunął, poczem krtań przez krótki tylko czas była drożna. Badanie obecnie podjęte wykazywało znowu zapadnięcie odłamków chrząstki tarczykowéj, manifestujące się spłaszczeniem krawędzi międzypłytowéj, oraz wtłoczeniem w tył szypułki nagłośniowéj. Po dokonanej laryngofisurze trwało jeszcze przez czas dłuższy obfite ropienie wewnątrz krtani (na ranach po wyciętych częściach błony śluzowéj pozostałych). Takowe dotąd jeszcze nie ustąpiło. Przeczekawszy je przystąpiłem w listopadzie 1889 roku do systematycznéj dylatacyi krtani za pomocą czopków Schrötter'a. Rozpocząwszy od numeru pierwszego szedłem zrazu dosyć szybko w górę, późniéj zaś przy numerach 12, 13 zacząłem postępować już wolniéj; obecnie zakładam choremu od dłuższego już czasu numer 18. Skutek czopków jest widoczny, chory bowiem bezpośrednio po wyjęciu czopka doskonale z zatkaną kaniulą oddychać może. Zostawiwszy go niedawno dzień cały bez czopka przekonałem się jednak, że do dnia następnego otwór głośni się zmniejszył, jakkolwiek chory mógł nieźle przy zatkanéj kaniuli oddychać. Okoliczność ta nakazywała mi daléj prowadzić dylatacyję, lub raczéj starać się przez ciągłe zaprowadzanie czopka utrzymywać stale odłamki chrząstki tarczykowéj w odpowiedniem położeniu. W czasie przeprowadzanéj dylatacyi zmuszony byłem raz tylko wypalić galwanokauterem przerastającą ze ścian krtani błonę śluzową, która się w przestrzeń wolną pomiędzy spodem czopka a okienkiem kaniuli wtłaczała i na tem miejscu dość znaczne zwężenie wytworzyła. Z tego, co powyżéj powiedziano, okazuje się, że pięć miesięcy dotychczas trwająca dylatacyja celu swego jeszcze nie osiągnęła. Spodziewać się jednak należy, że po dłuższem przeprowadzaniu takowéj krtań stale drożność swą odzyska. Za tem przemawia stan krtani, jaki po jednodniowéj pauzie w dylatacyi znaleziono. Chrząstki nalewkowe okazywały się ruchome, jakkolwiek nie rozszerzały się tak znacznie jak w stanie prawidłowym, lub zaraz po wyjęciu czopka. Głos chorego dotychczas pozbawiony jest zupełnie dźwięku, mam jednak nadzieję, że w jakiś czas po ukończonéj dylatacyi takowy w części, lubo nie w zupełności odzyska.

19) Dziewietnasty przypadek dotyczy chorego, u którego wykonano w szpitalu św. Łazarza tracheotomiję z powodu przypadów zwężenia krtani Badanie laryngoskopijne podjęte może w tydzień późniéj wykazało ruchomość strun głosowych i chrząstek nalewkowych po obu stronach znacznie zmniejszoną, lubo jeszcze wyraźną. Skutkiem tego przedstawiała się głośnia przy oddechu więcéj niż o połowę węższą niż w stanie normalnym, nie tak jednak wąską, aby choremu znaczną duszność sprowadzić mogła. Prócz tego jednak znaleziono na strunie głosowéj lewéj oraz poniżéj jéj brzegu wyrośle jak papillomata wyglądające, a pod brzegiem struny prawéj płaską poduszkowatą wyniosłość od brzegu struny na prawą ścianę krtani przechodzącą. Badanie przez ranę tracheotomijną lusterkiem Czermaka wykazywało wyrośle do brodawczaków podobne, na przedniéj i lewéj ścianie krtani usadowione. Takowe rozpoczynały się po nad kaniulą i dochodziły w górę aż do głośni. Łatwo pojąć, że wyrośle te z jednéj a obrzmienie pod brzegiem struny głosowéj prawéj z drugiéj strony wytworzyły nieco poniżéj głośni znaczne zwężenie, które do tracheotomii dało powód. Obraz ten, który w istocie odpowiadał obfitemu wytworzeniu się brodawczaków, kazał wobec zmniejszonéj ruchomości chrząstek nalewkowych podejrzywać, że mamy do czynienia z wybujałościami rakowemi. U chorego wykonałem około tygodnia po tracheotomii laryngofisurę przy zwieszonéj głowie, a przyjrzawszy się po rozwarciu krtani jéj wnętrzu przekonałem się, że mam do czynienia z rakiem. Sądząc jednak wobec niezniesionéj jeszcze zupełnie ruchomości obydwóch strun głosowych, że nacieczenie rakowe nie sięga zbyt głęboko, przystąpiłem do wyłyżeczkowania nowotworu Przy łyżeczkowaniu przekonałem się, że struna głosowa lewa sama przez raka nacieką była. Wyskrobałem ją zatem całkowicie, równie jak i przestrzeń międzynalewkową, na którą nowotwór przechodził i inne części przezeń zajęte. Po wyłyżeczkowaniu wypaliłem termokauterem części wyłyżeczkowane, aby tem doszczętniéj zniszczyć nowotwór, a oraz wstrzymać dość obfite krwawienie. Po dokonaniu operacyi założyłem tampon z gazy jodoformowéj i kaniulę, nad którą zeszyłem ranę szwem przez części miękkie idącym. W dni kilka po laryngofisurze wyjęto tampon, a w parę tygodni późniéj kaniulę. Chory oddychał zupełnie dobrze, choć głosu nie odzyskał. Przy badaniu laryngoskopijnem spostrzegłem małą wybujałość pod więzadłem fałszywem lewem, z tyłu. Mimo to jednak chory czując się dobrze do domu powrócił. Badanie mikroskopowe potwierdziło rozpoznanie raka. Tak badanie mikroskopowe, jak i obraz makroskopijny zdają się tu za przejściem papilomatów w raka przemawiać. Obecnie, t. j. w 5 miesięcy po dokonanéj laryngofisurze przybył chory do mnie z recydywą raka, który głównie zajmował lewą połowę krtani od lewego więzu fałszywego począwszy. Ku przodowi jednak przebijał chrząstkę tarczykową, wysterczając w okolicy jabłka Adama jako guz wielkości dużego orzecha włoskiego. Skóra nad guzem była utrzymana, ale nie przesuwalna. Z powodu znacznego zwężenia wykonano w szpitalu św. Łazarza tracheotomiję, a prze-

szło w tydzień późniéj wykonał u niego prof. Obaliński całkowite wycięcie krtani. Na wyciętéj krtani okazało się, że nowotwór rozszerzał się w dół prawie aż do spodu chrząstki obrączkowéj, zajmując obie strony krtani, rozrastając się jednak więcéj po stronie lewéj.

20) Dwudziesty przypadek dotyczy choréj, u któréj z powodu zwężenia krtani wykonano na oddziale prof. Obalińskiego tracheotomiję. Zwężenie sprawiał przerost błony śluzowéj na bocznych ścianach krtani (*Chorditis voc. inferior hypertrophica*). Części przerosłe błony śluzowéj przechodziły na struny głosowe nie będąc od ich brzegów żadnemi bruzdami oddzielone. Odpowiednio do tego cierpiała chora obok duszności na zupełny bezgłos. Około tygodnia po zrobionéj tracheotomii (*recte* krikotomii) przystąpiłem do laryngofisury, którą wykonałem przy zwieszonéj głowie, poczem wyciąłem przerosłe części błony śluzowéj. Te ostatnie okazały się przy wycięciu tak twarde i niepodatne, jak w dwóch poprzednio podanych przypadkach (13, 14), w których się grzybki właściwe twardzielowi (*rhinoscleroma*) znajdowały. Następnie założyłem choréj tampon z gazy jodoformowéj i kaniulę i zeszyłem po nad nią ranę szwem przez części miękkie idącym. W kilka tygodni późniéj powróciła chora do domu bez kaniuli z oddechem zupełnie lekkim; bezgłos jednak jak był przed laryngofisurą, pozostał i teraz. Badanie wyciętych kawałków z krtani nie wykazało grzybków twardzielowych. Podobnie badanie nosa nie przedstawiało cechującego rhinoscleroma obrazu. Podnieść tu jednak muszę, że w przypadku 13 grzybków twardziela w wyciętych przy laryngofisurze twardych kawałkach przerosłéj błony śluzowéj wcale nie znaleziono, jakkolwiek takowe tak w wyjętych późniéj miększych wybujałościach nad okienkiem kaniuli, jak i w wyskrobanych przed rokiem częściach błony śluzowéj muszel nosowych obficie się znajdowały. (C. d. n.).

III. Dzisiejszy pogląd na fizyjologiczne działanie mięsienia

Podał

Dr. Michał Kaufmann.

Liczne doświadczenia, które w ciągu ostatnich lat w rozmaitych zakładach fizyjologicznych przeprowadzono, wykazały, że mięsienie wywiera znaczny wpływ na wszystkie czynności fizyjologiczne w ustroju ludzkim, szczególnie zaś na chłonienie, na czynność mięśni i nerwów i na przemianę materyi. Szybkość prądu limfy, jak wiadomo, jest nadzwyczaj małą. W naczyniu szyjnem n. p. młodego konia wynosi podług Weissa tylko 230 – 297 mm. na minutę, również i parcie ościenne, przy którem krążenie limfy się odbywa, jest dosyć nieznaczne. Mięsienie wskutek mechanicznego ruchu tkanek podnosi parcie limfy w samem źródle téjże, to jest w przestrzeniach śródtkaninowych i przez to przyspiesza prąd limfy w naczyniach limfatycznych, które z tych tkanek biorą swój początek. Doświadczenia, o których powiem niżéj, najzupełniéj to przypuszczenie stwierdzają. To też wobec tego, że czynność naczyń limfatycznych ma przeważnie charakter resorbcyjny, pod wpływem mięsienia chłonienie bywa ułatwione. Zjawisko to szczególnie wyraźnie występuje w sprawach zapalnych, w których pod wpływem mięsienia limfa zostaje wpartą w ujścia naczyń limfatycznych i daléj popychaną. Wskutek tego przy rozpoczynających się sprawach zapalnych rozmaitych narządów wytworzenie się większéj ilości wypociny staje się niemożliwem, a po wytworzeniu się już wypociny uzyskuje się szybsze wessanie i odpływ téjże. Oczywiście, że obok tego jeżeli się znajdują miękkie lub twarde złogi wypociny, granulacyje lub wybujałości, takowe za pomocą mięsienia mogą być zgniecione, a ich naczynia porozrywane. Sama wypocina rozdziela się na większą przestrzeń, wskutek czego wchodzi w styczność z większą ilością przewodów limfatycznych, a zatem i prędzéj wchłoniętą bywa. Im daléj część poddawana mięsieniu leży od serca, tem bardziéj ruch limfy w téj części jest niezależnym od czynności serca i płuc i tem większego znaczenia nabiera pobudzenie mechaniczne. Samo przez się się rozumie, że mięsienie również ważnym czynnikiem jest w przypadkach, w których występuje utrudnione krążenie pod wpływem warunków mechanicznych, jak n. p. wysięków uciskających naczynia limfatyczne, guzów, nowotworów oraz w przypadkach, w których serce i płuca są osłabione i nie dosyć skutecznie krew w ruch wprowadzają. Oczywistym wynikiem wpływu mięsienia jest fakt, że ból, który towarzyszy stanom zapalnym i jest następstwem napięcia i ucisku, na jakie nerwy czuciowe są wystawione przez wytwór zapalny, pod wpływem mięsienia stopniowo się zmniejsza i nawet zupełnie może być usuniętym. Również zniża się podwyższona ciepłota, która zawisłą jest od zastoju krwi, i od przemian chemicznych, jakie mają miejsce w części zapalnéj. Że ruch limfy zostaje rzeczywiście pod wpływem mięsienia przyspieszonym, znajdujemy niewątpliwy dowód w doświadczeniach Ludwiga, Weissa, Krausego, Lassara, Emminghausa i innych. Jeżeli bowiem u psa umocujemy szklaną rurkę w grubszem naczyniu limfatycznem, towarzyszącem żyle podskórnéj goleniowéj, to dopóki noga pozostaje w spokoju, limfa z rurki nie wypływa wcale, gdy zaś przedsięweźmiemy nacieranie i gniecenie w kierunku dośrodkowym, to wypływ limfy z rurki staje się obfitym. Podobnie zachowują się i gruczoły limfatyczne. Ugniatanie lub nacieranie ich wywołuje wypływ znacznéj ilości limfy w porównaniu do stanu prawidłowego, a nawet w porównaniu z działaniem drażnienia elektrycznego, które pozostaje bez żadnego wpływu na prąd limfy.

Nadzwyczaj ważnym dowodem wpływu mięsienia na stosunki chłonienia są doświadczenia Mosengeila. Wstrzykiwał on królikowi do rozmaitych stawów za pomocą delikatnéj strzykawki gęsty roztwór dokładnie roztartego czarnego chińskiego tuszu, następnie poddawał niektóre z tych stawów kilkakrotnemu mięsieniu, inne zaś dla porównania zostawiał w spokoju. W stawach poddanych mięsieniu obrzęk, który pojawił się po wstrzyknięciu, ustępował szybko, w stawach zaś pozostawionych w spokoju utrzymywał się przez czas dłuższy. Po zabiciu zwierząt używanych do doświadczenia i po otwarciu stawów stwierdził, że w stawach przez dłuższy czas mięsionych w torebce stawowéj nie było wcale tuszu, podczas gdy w niemięsionych znajdował zwykle tusz zmięszany z mazią stawową w dość znacznéj ilości. Jednocześnie znajdował w przebiegu dróg limfatycznych zabarwione cząsteczki, które dostawały się aż do najbliższych gruczołów limfatycznych i w nich zatrzymywały się. Mosengeil mechaniczne działanie mięsienia na obieg limfy porównywa z działaniem nacierania na rury elastyczne, dolnym końcem w płyn zanurzone. Jeżeli taką rurę będziemy uciskali ręką od dołu ku górze, to w miarę rozszerzenia się dolnéj części rury po zwolnieniu ucisku płyn podnosi się w niéj ku górze i powtarzając tę manipulacyję w sposób odpowiedni można całą rurę wypełnić płynem i płyn ten w ciągłym ruchu utrzymywać. Niewątpliwie bardzo ważnym czynnikiem sprzyjającym ruchowi limfy szczególnie pod wpływem mięsienia jest obecność zastawek w naczyniach limfatycznych, które przeszkadzają cofaniu się limfy wstecz. Podobne doświadczenia jak Mosengeil robili Dr. Sturm i Sallis na psach średniéj wielkości i doszli również do tych samych wyników. Doświadczenia Reibmeyera robione przy współudziale Höffingera do-

wiodły, że mięsienie nadzwyczaj podnosi zdolność wsysania błony otrzewnowéj. Jak wiadomo naczynia limfatyczne otwierają się wprost do jamy otrzewnowéj. Wskutek tego zdolność wsysania błony surowiczej, wyścielającéj jamę brzuszną, jest podług Recklinghausena nadzwyczaj wielką. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że w ciągu jednéj godziny ilość płynu równająca się około 5% wagi ciała badanego zwierzęcia wessaną być może. Zdolność ta może być wskutek mięsienia jeszcze bardziéj podniesioną, jak wykazał Reibmeyer. W ciągu bowiem pierwszéj godziny może dochodzić do 9% wagi ciała. Doświadczenia te polegały na wstrzykiwaniu dokładnie oznaczonéj ilości do 35° C. ogrzanéj wody do jamy brzusznéj królika. Zwierzę ważono dokładnie, a potem albo puszczano wolno albo przymocowywano w położeniu grzbietowem i w krótkich odstępach czasu poddawano mięsieniu brzuch jego, a po upływie czasu doświadczenia szybko i bez utraty krwi zabijano. Po otworzeniu jamy brzusznéj wydobywano z niéj ciecz pozostałą i odmierzano, obliczano ilość wessanego płynu i oznaczono stosunek wessanéj ilości do wagi ciała. Tę właściwość jamy brzusznéj zużytkowano jak wiadomo także w celach praktycznych. Można bowiem przy silnych krwotokach zamiast transfuzyi wprowadzić krew lub inne płyny do jamy brzusznéj, które to płyny ztąd zostają wessane i do ogólnego obiegu krwi wprowadzone.

Co się tyczy wpływu mięsienia na mięśnie, to wyniki fizyjologiczne dowodzą, że mięsienie wywiera zbawienny wpływ na innerwacyję mięśniową. Już pod wpływem czysto mechanicznym krążenie zostaje pobudzonem, przepełnienie krwią mięśni się wzmaga, a przez to i odżywienie nerwów. Zabłudowsky i wielu innych skonstatowali, że podczas gdy dla mięśni znużonych natężającą pracą nawet 15-to minutowy odpoczynek nie wystarcza, aby je całkowicie zrestaurować, również długo trwające mięsienie zdolność do ponownego wykonywania pracy może nawet podwoić. I tak osoba doświadczana podniosła przez maksymalne zginanie ręki w stawie łokciowym od stołu, na którym przedramię spoczywało w pozycyi pozioméj do wysokości ramienia ciężar 1 kilogr. 840 razy w przerwach jednosekundowych, poczem nawet przy silnem natężeniu nie była zdolną do wykonania najmniejszéj pracy. Po pięciuminutowem mięsieniu osoba ta była w stanie bez trudu w równych jak poprzednio odstępach czasu tenże sam ciężar podnieść 1100 razy. I uczucie mięśniowe przy pracy po zwykłym tylko spoczynku jest inne, jak po mięsieniu. W pierwszym przypadku sztywność, która podczas spoczynku wystąpiła po 5 minutach, pozostała niezmienioną, gdy tymczasem po pięciominutowem mięsieniu zmęczone mięśnie odzyskały całkowicie swą giętkość. Istnieją nawet przypuszczenia, że wskutek mięsienia, które wywołuje większy dowóz materyjału odżywczego, mięśnie przybierają w zadziwiający sposób na masie, ilość włókienek pomnaża się przez powstawanie nowych, podczas gdy absolutna grubość pojedynczych włókien nie zwiększa się wcale.

Kronecker i Stirling dowiedli, że znużone mięśnie już przy znacznie mniejszéj ilości podrażnień w danym przeciągu czasu, aniżeli prawidłowe mięśnie przechodzą w skurcz tężcowy. Po mięsieniu jednak ponownem mięsień potrzebuje znacznie większéj ilości podrażnień, aby przejść w stan tężcowy.

Wszystkie więc doświadczenia, które przytoczyliśmy wyżéj, przemawiają za tem, że kurczliwość mięśnia i siła skurczu pod wpływem mięśnia wzrastają.

Chcąc sobie wyrobić osobiste pod tym względem przekonanie powtórzyłem szereg doświadczeń w pracowni fizyjologicznéj uniwersytetu krakowskiego a niektóre z nich kilkoma metodami. Tak nasamprzód starałem się oznaczyć za pomocą dynamometru maksymalną siłę skurczu mięśni ręki (zginaczy) przed i po mięsieniu. W ten sposób jednak wpływu mięsienia wykazać się nie udało, maksymalne skurcze albo nie ulegały zmianie albo przedstawiały różnice, które były w granicach zwykłych różnic, które przy kilkakrotnem ściskaniu dynamometru występowały. Następnie starałem się oznaczyć u kilku młodzieńców, jak się zmienia siła skurczu przy dynamometrycznych pomiarach, jeżeli skurcze te szybko po sobie następują i tak długo aż nie nastąpi zupełne znużenie mięśni, któremu jak wiadomo towarzyszy pewne przykre uczucie w ręku, a czasem nawet ból. W jednych doświadczeniach pozostawiałem takie znużone mięśnie przez kilka minut, poczem ponownie polecałem wykonywanie skurczów o ile można w tych samych odstępach czasu aż do znużenia i obliczałem ilość skurczów, a także zwracałem uwagę na ich siłę za pomocą dynamometru; w drugich zamiast zwykłego odpoczynku przez ten sam czas mięsiłem i dopiero po mięsieniu polecałem badanym osobom wykonywanie skurczów aż do znużenia. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Vierordt: **O przewlekłéj gruźlicy otrzewny.**

Według zdania V. jest przewlekłe zapalenie otrzewny na tle gruźliczem daleko częstszem, niż postać idyjopatyczna. Rozpoznanie tylko wtedy jest możebne, jeżeli wykazać można także gdzieindziéj gruźlicę, mianowicie błon surowiczych; wynik badania drobnowidowego i miejscowego, jakoteż przebieg gorączki niczego nie dowodzą, nawet po otwarciu jamy brzusznéj można jeszcze wątpić. Choroba może dobrowolnie ustąpić; jeżeli następuje wyleczenie, to rozpoznanie oczywiście jest tem niepewniejsze. Leczenie za pomocą szaréj maści lub mydła szarego nie jest na pewne skutecznem; V. nie radzi przekłucia. Cięcie brzuszne sprowadzało często polepszenie, rzadko nawroty, prawie nigdy nie jest ono samo przez się śmiertelnem; w przypadkach pomyślnych rozchodzi się najczęściéj o otorbione wypociny. Jeżeli gruźlicy gdzieindziej wykazać nie można, wtedy można operować, ponieważ także w postaci idyjopatycznéj wynik jest dobrym. Lekka gruźlica płuc lub części rodnych nie stanowi przeciwwskazania do operacyi, przeciwnie gruźlica jelit. Otorbione wypociny i przypadki połączone niedrożnością wymagają operacyi, w innym razie lepsze jest leczenie wyczekujące. (*B. klin. W.*, 1889, Nr. 41).

Fryderyk Müller (Bonn): **O pneumaturyi.**

Pneumaturyja czyli nagromadzenie się gazu w pęcherzu moczowym i oddawanie tegoż przez cewkę moczową, jest rzadkiem zjawiskiem. M. opisuje przypadek tego rodzaju: 60-cioletni urzędnik, który nie przebywał żadnéj choroby narządu moczo-płciowego, ani moczówki cukrowéj, zauważył przed 15 tu laty, że mocz staje się mętnym i cuchnącym. Gdy wystąpiło częste parcie na mocz, poddał się leczeniu elektrycznemu; następstwem wprowadzenia grubéj elektrody przez cewkę było wywołanie silnego bólu i niemożności zatrzymania moczu, a w kilka miesięcy potem zauważył chory, że podczas moczenia, zwłaszcza przy końcu, wydobywa się powietrze przez cewkę, gdyż prąd z pewnym szelestem przerywał się. Mocz był mętny, woni właściwéj, blado-żółtéj barwy i kwaśnego oddziaływania; pod drobnowidem przybłonek pęcherzowy, białe ciałka krwi i liczne drobnoustroje; przez wprowadzony cewnik wydobywały się bańki powietrzne, które celem zbadania pochwycono w eudyjometrze. Po stwierdzeniu obecności gazu w pęcherzu zachodziło pytanie, zkąd on pochodzi. Nagromadzenie się gazu w pęcherzu i wydobywanie się przy moczeniu zdarza się najczęściéj, jeżeli (n. p. w następstwie nowotworu złośliwego) wytworzyło się nieprawidłowe połączenie między pęcherzem i jelitem i przez taką przetokę pęcherzowo-jelitową dostają się gazy i treść

do pęcherza. U naszego chorego jednak wielokrotne dokładne badanie osadu moczowego nigdy nie wykazało resztek pokarmowych; podanego przez usta proszku węglowego nie można było stwierdzić w moczu, a w końcu przemawiała przeciw pochodzeniu z jelit analiza jego: gaz bowiem był bez woni i ani w nim, ani w moczu nie można było wykazać H_2S, a składał się z CO_2, O, H, CH_4 i N. Odpowiedniem doświadczeniem wykazano, że gaz rozwija się z samego moczu i to przez sprawę kiśnienia (w moczu był cukier). W samoistnem wytwarzaniu się gazu z moczu mamy do czynienia z podobną sprawą, jak w hydrotionuryi, o której M. wykazał, że polega na działaniu drobnoustrojów. Wszystkie dotąd spostrzegane przypadki pneumaturyi odnosiły się do mężczyzn i nigdy nie sprowadzały dolegliwości. Zakis dostaje się do pęcherza za pośrednictwem narzędzi (tu elektroda) a prawie zawsze istnieje równocześnie glikozuryja. (*B. k. W.* 1889, Nr. 41).

Farmakologija.

Dr. Stuart: **Nastój i wyciąg płynny kocylany, nowego środka przeciw chorobom oskrzeli.**

Cocillana jestto kora drzewa rodzaju *Guarea*, rodziny *Meliaceae*. W jéj ojczyźnie używają jéj jako środka wymiotnego, rzadziéj czyszczącego; jest ona w wielkich dawkach jako środek nasenny drażniący trującym i zawiera prawdopodobnie alkaloid. Działa ona zarówno bezpośrednio zastosowana, jak i wewnętrznie użyta przedewszystkiem na błony śluzowe i wydziela się przy ostatniem stosowaniu przez błonę śluzową dosyć prędko, daleko powolniéj przez skórę. Środka tego doświadczał S. w swéj klinice w 40-tu przypadkach: ostre zapalenie oskrzeli 10 przypadków, podostre 1 przyp., przewlekłe 19 przyp., zapalenie oskrzeli i płuc 5 przypadków, suchoty płucne 5 przypadków. U wielu z tych chorych próbowano przed rozpoczęciem leczenia kocylaną innych środków bezskutecznie; najczęściéj stosowano wyłącznie kocylanę, tylko rzadko podawano naparstnicę, chloral, środek czyszczący, gdzie te leki właśnie były wskazane. Z opisu 21 dłużéj spostrzeganych przypadków wynika, że w 16-tu nastąpiło polepszenie, w 5-ciu zupełne wyleczenie. Objawami, na który lek ten najwięcéj wpływał, były: kaszel, wykrztuszenie, poty nocne, brak apetytu i zaparcie stolca. Z historyi chorób widać, że kocylana w chorobach oskrzeli, a szczególnie w zapaleniu oskrzeli podostrem i przewlekłem okazała się lekiem bardzo skutecznym. Najlepszą postacią stosowania jest wyciąg płynny, ponieważ dawka jest znacznie mniejszą; 0·5 grama takowego równa się w swem działaniu dwom gramom zgęszczonego nastoju; wyciąg płynny zasługuje w ostrem zapaleniu oskrzeli także dla tego na pierwszeństwo przed nastojem, ponieważ wyskok ostatniego powiększa objawy zapalenia. Przeciętnie wynosiła dawka około 3 gr. *extr. fluid.* Wobec ciągle i w znacznéj mierze zmniejszającego się zapasu kory ipekakuanhy z powodu powiększającego się odbytu, wobec prawdopodobieństwa zupełnego jéj zużycia, gdyż z powodu powiększenia potrzeby w przystępnych okolicach ipekakuanha jest całkiem wyniszczoną, posiada środek ją zastępujący już sam przez się wielką wartość. Znaczenie jego jest tem większem, że zakres działania obu leków na narząd oddychania jest równo wielkim, kocylana jednak na błony śluzowe dróg oddechowych daleko silniéj i korzystniéj działa, niż ipekakuanha i to we wszystkich przypadkach, w których się ostatniéj używa. (*W. k. W.*, 1889, Nr. 44).

Chirurgija.

Lavaux: **Antyseptyka pęcherza i cewki moczowéj.**

L. dochodzi w pracy swéj do następujących wniosków: 1) systematyczne wypłukiwanie przedniéj części cewki moczowéj i przestrzykiwania pęcherza bez zgłębnika przedstawiają prosty i nieszkodliwy sposób, aby cewkę i pęcherz w zupełności zdesinfekcyjonować; 2) sposobu tego użyć można w największéj liczbie zwężeń cewki; 3) dzięki temu zupełnemu odrażaniu i przeciwzapalnemu działaniu gorących wstrzykiwań do pęcherza, zdarzają się obecnie bardzo rzadko powikłania przypisywane „gwałtownemu rozszerzaniu"; 4) w leczeniu zwężeń pojedynczych, dających się łatwo rozszerzyć, powinno tak zw. rozszerzanie gwałtowne zająć miejsce rozszerzania powolnego; 5) wstrzykiwania do pęcherza wykonywane bez zgłębnika wystarczają, aby utrzymać światło rozszerzonéj cewki; 6) wskazania do cięcia cewki wewnętrznego ulegają największemu ograniczeniu; 7) trwałe przepłukiwanie cewki i przestrzykiwania pęcherza bez zgłębnika powinny, ponieważ umożliwiają całkowite odrażanie tych części, uczynić gwałtowne rozszerzanie i cięcie cewki wewnętrzne zabiegiem daleko łatwiejszym. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.*, rocznik XX).

Reynolds: **O zwężeniach cewki moczowej.**

Do badania zwężeń zaleca R. *bougie* z oliwkami, ponieważ za pomocą nich można dokładnie stwierdzić rozmiary i położenie zwężenia szczególnie, gdy jest kilka miejsc zwężonych. Co do leczenia omawia: 1) powolne rozszerzanie (a przeciw niemu przemawia długie trwanie leczenia, ciągła możebność wywołania powikłań np. „gorączki cewkowéj"); 2) rozszerzenie gwałtowne; działa ono w tylnych częściach cewki, gdzie tkanki są mniéj podatne, jak uretrotomija; 3) elektrolizę, leczenie w ostatnich czasach w Ameryce bardzo zalecane, które R. radzi stosować tylko w początku leczenia bardzo znacznych zwężeń; 4) cięcie cewki wewnętrzne, które R. poleca jako najlepsze i najpewniejsze leczenie w cięższych przypadkach. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.*, rocz. XX).

Okulistyka.

N. Peltesohn (Hamburg): **Patognomiczne pozostałości kiły w oku.**

Nielekarze nazywają oko zwierciadłem duszy, lekarz mógłby je słuszniéj nazwać zwierciadłem ciała, a mowa oczu ma także wielkie znaczenie dla lekarza. Oftalmosemiotyka jest nauką wszystkim znaną i każdy miał sposobność za pomocą badania wziernikowego oka wykryć ukryte zapalenie nerek, moczówkę cukrową, białaczkę, wadę sercową, chorobę mózgu i t. d. P. opisuje zmiany kiłowe oka, przy pomocy których można wśród pewnych warunków na pewne rozpoznać kiłę. Pozostałości zmian kiłowych na powiekach i spojówce nie różnią się niczem od tych samych objawów na ogólnych powłokach skórnych, a badającemu wzrokowi lekarza nie ujdą zarówno, jak blizny po stwardniałościach pierwotnych, guzkach, kłykcinach sączących i kilakach na innych miejscach. Co do rogówki istnieją dwie choroby, pozostawiające ślady, jedna często i na krótszy lub dłuższy czas, druga zawsze i jak się zdaje na całe życie t. j. *Keratitis punctata specifica* i *Keratitis diffusa (interstitialis)*. Wielu autorów nie uważa pierwszéj za samodzielny obraz chorobowy, lecz tylko za objaw towarzyszący surowiczemu zapaleniu tęczówki; tak jednak nie jest, gdyż osady w błonie Descemeta, powstające w zapaleniu tęczówki, znikają po wyleczeniu *iritis*, podczas gdy rzeczywista *Keratitis punctata* pozostawia punktowate zaćmienia nawet po ustąpieniu sprawy zapalnéj. Daleko pewniejszą i częstszą podstawę zyskamy za pomocą pozostałości po *Keratitis diffusa*. Ta postać zapalenia rogówki jest najczęściéj następstwem późnéj kiły dziedzicznéj i tylko rzadko powstaje wskutek kiły nabytéj. Mają tu znaczenie dla rozpoznania łączące się z miąższowem zapaleniem rogówki nowowytworzone naczynia, które bez wyjątku pozostają w każdym przypadku *Keratitis diffusa* i to prawdopodobnie przez całe życie. Te naczynia powstają z głębokich siatek przybrzeżnych, łączących się z naczyniami twardówkowemi i tem łatwo je można odróżnić od naczyń świeżo wytworzonych w jaglicowem i wrzodziejącem zapaleniu rogówki, gdzie widzimy powierzchowną sieć przybrzeżną w połączeniu z naczyniami spojówkowemi. Co do tęczówki, to nadzwyczajna częstość kiłowego powstania tłómaczy znaczenie pozostałości jéj chorób dla rozpoznania. 60% wszystkich przypadków zapalenia tęczówki jest przyrody kiłowéj. Choroby reszty części oka, których pozostałości widzieć można za pomocą lupy, wziernika, pomijamy. (*D. m. Woch.*, 1889, Nr. 35).

Choroby skórne.

Shoemaker: **O żywieniu i leczeniu przez odbytnicę w chorobach skórnych.**

Wskazując na zdolność wysysania odbytnicy podnosi S. wartość takowéj w tych przypadkach, w których choroba lub idiosynkrazyja stoją na przeszkodzie wprowadzaniu leków przez usta. Na pierwszeństwo zasługują lawatywy zawierające mleko, *Beef-tea*, wyciąg słodowy i kléj owsiany. Skoro

tylko odżywienie zaczyna podupadać, natychmiast należy przystąpić do żywienia przez odbytnicę. Postępowanie to okazało się szczególnie dobrem w chorobach skórnych. Jeżeli tylko lek jakiś drażni błonę śluzową żołądka, powinno się go podawać per rectum. Odnosi się to głównie do przetworów rtęciowych, jeżeli chory nie znosi wcierań lub podskórnych wstrzykiwań, a żołądek zwykłych środków rtęciowych. (*Vierteljahresschrift f. Dermat. u. Syph.*, r. XX).

Dr. Baschkopf.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lwowska Tow. lek. galicyjskich

z dnia 15 lutego.

Przewodniczący kol. Bylicki oświadcza, że stósownie do uchwały z dnia 15 stycznia b. r. udał się z kol. Schramem i Dębickim do prezydenta miasta składając mu podziękowanie imieniem sekcyi za długą gościnność w gmachu magistrackim.

Wniosek kol. Gluzińskiego o popieranie Wiadomości Lek. jako nieformalny usunięto z porządku dziennego.

Kol. Widmann odczytuje swe uwagi nad influenzą w przypadkach obserwowanych w szpitalu. Rzecz będzie pomieszczona w Przeglądzie Lek.

Kol. Sawicki Edward zaznacza, że w szpitalu nie rozpoznawał influenzy, należy bowiem do szkoły anatomicznéj i rozpoznaje albo według anatomicznego obrazu albo charakterystycznych cech klinicznych, historyja zaś anatomiczna i kliniczna influenzy nie jest zakończona. Zgadza się zupełnie z opisem influenzy jako choroby infekcyjnéj, gorączkowéj z ostrym przebiegiem. Do szpitala jednak nie przychodzą chorzy prawie nigdy w pierwszym dniu choroby i ma się u nich do czynienia z chorobą zkądinąd klinicznie znaną. Są to albo przypady nerwowe, albo ze strony narządu oddechowego lub pokarmowego, dające się wybornie pomieścić w schemacie zwykłych rozpoznań. Na odwrót bowiem brak obrazu ścisłego influenzy staje się powodem, że w ciągu epidemii podsuwaćby można pod nią niezliczone inne choroby n. p. *otitis media* z ostrym przebiegiem a nawet epilepsyją. Co do uwag prelegenta, zgadza się z nim, że influenza wywołuje długą cherę, że pneumonia często jéj towarzysząca różni się od krupowéj i kataralnéj a jego zdaniem najwięcéj jest do malarycznej zbliżona, że równie jak prelegent wysięku opłucnowego w następstwie influenzy nie spostrzegał. Zwraca w końcu uwagę na trudność rozróżnienia, o czém czasem tylko przebieg rozstrzyga.

Kol. Pisek: Obserwacyje z prywatnéj praktyki w przeciwstawieniu do przypadków szpitalnych o tyle mają wielką doniosłość, że dotyczą częściéj okresów początkowych choroby, a powtóre, że obejmują chorych należących do różnych warstw społecznych. Nie dziw tedy, że i obrazy chorobowe często znaczne wykazują różnice, dotyczy to również i inflenzy.

Co do powstania nazwiska grypy, to już Frank, znakomity klinicysta wszechnicy wileńskiéj na początku bieżącego stulecia, twierdził, że wyraz ten nie z francuskiego (agripper), lecz z polskiéj „chrypki“ pochodzi. Epidemiczną zaś grypę nazywano już wówczas, i dawno przedtem, influenzą, z włoskiego. Nawet obecnie u pospólstwa w Niemczech po części i u nas używana nazwa „modna choroba“ (*Modekrankheit*) znajduje swe historyczne uprawnienie w rozprawie z r. 1712: Slevogt: *Prolusio, qua die Galanteriekrankheit oder das Modefieber delineatur* (Jena).

Co do właściwego obrazu chorobowego i obecnie spostrzegana epidemija, a raczéj pandemija, znaczne wykazuje różnice. Mowca podnosi z naciskiem, że różni obserwatorowie opisują różne formy influenzy w obecnéj epidemii. Formy nieżytowe, w przeciwieństwie do prelegenta, obserwował mowca tylko wyjątkowo. Te przypadki, które widział, należały przeważnie do postaci nerwowéj czyli raczéj, jakby ją mowca nazwał, gośćcowéj. Postać garstryczną tylko raz, jako późniejszą komplikacyję spostrzegał. O ile wnosić można podobnie rzecz się miała i w innych wielkich miastach. W Warszawie n. p. niektórzy lekarze (Szwajcer, Sokołowski i inni) widzieli przeważnie formy nieżytowe, podczas gdy inni (Dunin) obserwują przeważnie formy tak zw. nerwowe. Cechy téj postaci influenzy podaje mowca w ten sposób:

Wśród zupełnego zdrowia, często po poprzednich silnych dreszczach, występują gwałtowne bóle głowy i bóle kończyn, przeważnie mięśni, mniejsze bóle w stawach, w krzyżach. Ciepłota raptownie dochodzi już w pierwszym dniu do 40 i nieco wyżéj, ogólne znaczne niedomaganie i upadek sił. Tętno przyspieszone uderza do 120 razy na minutę, pełne ale miękkie, W narządach wewnętrznych prócz miernego nieżytu oskrzeli, obrzęku śledziony miernego stopnia, nic nie można wykazać. Kaszel silny, plwocina skąpa śluzowa. Język bywa obłożony silnie i długi czas nawet po ustąpieniu gorączki. U niektórych chorych występuje pierwszego dnia nader silne zaczerwienienie twarzy jakby obrzękłéj. W moczu czasem białka ślady. Podmiotowo skarżą się chorzy na dokuczliwe bóle w kończynach, przypominające poniekąd bóle w *Febris recurrens*, na bóle głowy, bezsenność i nadzwyczajny upadek sił. Ta szybka i silna *prostratio virium* cechuje tegoroczną influenzę i chroni już w pierwszych 2-ch dniach od rozpoznania innych chorób zakaźnych. Po 2—3 dniach, w innych przypadkach po 4—6 dni następuje wśród potów przesilenie. Mowca wszelako zauważył często już poty w pierwszym dniu, i w ciągu dni następnych, jak długo chory wogóle gorączkował, mimo nie podawania leków przeciwgorączkowych Uderzającą rzeczą jest znaczne osłabienie chorych, a raczéj długotrwała rekonwalescencyja. Z komplikacyj zaś zasługuje zapalenie płuc na uwagę. Mowca stwierdził niewątpliwie kilkakroć zwykłe dławcowe zapalenie płuc z wszystkiemi cechami kliniczno-anatomicznemi. Oprócz tego bywają zapalne zajęcia płuc w przebiegu influenzy, gdzie brak stłumienia na znaczniejszéj przestrzeni, brak oddechu oskrzelowego, a pomimo to krwio-plucie lub plwociny rdzawe, szafranowe, duszność bardzo silna kilkodniowa, a prócz grubo i średniobańkowych wilgotnych rzężeń, czasem kłucia międzyżebrowego, nic wykazać nie można. Formy te są to po części ostre kataralne, a po części tylko przekrwienia płuc. Nadto stwierdził mowca w 2-ch przypadkach wysięki opłucnowe. Niewątpliwe uprawnienie influenzy do miana choroby *sui generis*, dowody w tym kierunku, inne komplikacyje, wysypki i t. d. pomija mowca dla krótkości czasu. Co do terapii, to przekonał się, że leczenie wyczekujące i oględne leczenie objawowe jest najstósowniejsze. Teoretycznie zaliczałby mowca influenzę z wielu względów do zimnic, do téj grupy gorączek, do których należy *Febris recurrens.*

Kol. Schramm prosi z powodu bardzo spóźnionéj pory, bo odczyt trwał długo, o odłożenie dyskusyi do następnego posiedzenia.

Kol. Wehr również odkłada swój wykład, demonstrując tylko preparaty promienicy ludzkiéj z kilku uwagami o rozróżnianiu i najłatwiejszych sposobach barwienia.

Dr. Teodor Jendl.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Lwów** d. 10 kwietnia. Walne Zgromadzenie delegatów Towarzystwa lekarzy galic. odbędzie się w sobotę dnia 19-go kwietnia o godzinie 10-téj rano w lokalu Towarzystwa przy ul. Blacharskiéj, Nr. 18, drugie piętro.

Według § 12 statutu Towarzystwa członkowie towarzystwa, którzy nie są Delegatami sekcyi na Walnem Zgromadzeniu mogą być obecni, lecz nie mają prawa przemawiać lub głosować.

* Kwestyjonarz odnoszący się do epidemii influenzy rozesłany został wszystkim lekarzom w Galicyi. Z obawy, czy kto przez omyłkę nie został zapomniany lub może przypadkowo list nie doszedł, umieszczamy cały ten kwestyjonarz, prosząc, aby Koledzy na pytania w nim umieszczone odpowiedzieć i odpowiedzi pod adresem prof. Adamkiewicza (Kraków, ulica Wiślna L. 7) w jak najkrótszym czasie nadesłać zechcieli.

1. Kiedy obserwowałeś Kolega pierwszy przypadek i gdzie? 2. Kiedy był szczyt epidemii obserwowanéj przez Kolegę? 3. Kiedy się epidemija przez Kolegę obserwowana zdaniem jego skończyła? 4. Jakiéj części ludności dotknęła epidemija w miejscu pobytu i praktyki Kolegi? 5. W szczególności dotknęła choroba ludzi: wieku, płci, powołania. 6. Jakie objawy uwagi godne obserwowałeś Kolega w téj chorobie: a) w narządzie nerwowym, b) w narządzie oddechania i krążenia, c) w narządzie trawienia, d) na

skórze. 7. Jakie komplikacyje i następowe choroby obserwowałeś Kolega? 8. Jak często wydarzało się zapalenie płuc w tym czasie i jaki był jego charakter? 9. Jak często obserwowałeś Kolega recydywę influenzy? 10 Jaki był przebieg rekonwalescencyi? 11. Czy dotknięcie influenzą człowieka cierpiącego na inną chorobę miało wpływ na przebieg już istniejącéj choroby i czy zmienił się charakter innych chorób podczas epidemii influenzy? 12. Jaki był procent śmiertelności w przypadkach obserwowanych przez Kolegę? 13. Jakie były przyczyny śmierci? 14. Jakie leczenie wydaje się być najlepszem według obserwacyi Kolegi? 15. Czy influenza jest zdaniem Kolegi chorobą przyrzutową (*contagiosus*) czy nie? 16. Uwagi różne.

* Wydział gospodarczy związku austr. towarzystw lekarskich zawiadamia, że Zjazd tegoroczny odbędzie się w Opawie (termin jeszcze nie oznaczony) i że na porządku dziennym będzie sprawa kas dla chorych; wzywa zarazem, aby stowarzyszenia przygotowały wnioski, oparte na doświadczeniu dotąd nabytem, aby ewentualnie można wystósować petycyję do Rady państwa.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berno** szwajcarskie. Docent prywatny w Berlinie Dr. Tschirsch mianowany został nadzw. profesorem farmacyi i farmakologii. — **Giessen.** Dnia 29 lipca b. r. odsłoniętym tu zostanie pomnik dla Liebiga. — **Berlin.** D. 13 października r. b. Virchow obchodzić będzie urodziny swe 70 te.

* **Wiadomości osobowe.** P. J. Piątkowski bronił w Akademii petersburskiéj rozprawę doktorską.

* **Zmarł** w Kowlu na Wołyniu Dr. Adolf Maluszycki b. uczeń Akademii wileńskiéj w 71 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Zdrowiu* Nr. 54: Siemieńskiego: O zboczeniu higien. rozpuszczonego we wodzie tlenu. — W *Gazecie Lek.* Nr. 14: Rosenthala: Wpochwienie jelita biodrowego; Pawińskiego: O wpływie influenzy na serce; Jasińskiego: Wycięcie gałęzi zewn. n. przydatkowego Willisa. — W *Medycynie* Nr 14: Dobrzyckiego: Sławuta (dok.); Majkowskiego: Sprawozdanie z Buska (dokończenie).

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. KARLIŃSKI: Zur Kenntnis d. fieberhaften Icterus (odbitka z *Fortschritte d. Med.* 1890) in 8-vo str. 15 z tabl. fotogr. — Tenże: Zur Kenntniss d. Geflügelcholera, in 8-vo str. 4. — TALKO-HRYNCEWICZ: Słuczaj razrywa matki i wlagaliszcza (odbitka z gazety *Medicina*) 1890 in 8-vo str. 8. — Dr. A. SOKOŁOWSKI: Uwagi n. charakterem panującéj w końcu r. b. influenzy (Odbitka z *Gazety Lek.* 1890) in 8 vo str. 18. — Dr. Aleks FABIAN: Hypnotyzm w nauce a w praktyce. Warszawa 1890, in 8-vo str. 50.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. S. w Warszawie: Ogłosimy w Nrze przyszłym; czy odbitki można przesłać przez Gebethnera? — Kol. F. w J. gub. orłowskiéj: Pieniądze otrzymaliśmy i użyjemy ich według życzenia. Pokwitowanie późniéj prześlemy.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dnia 16-go b. m. w gmachu kliniki chorób wewnętrznych w dawnéj sali wykładowéj kliniki chirurgicznéj posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. Obaliński przedstawi chorego ze sztuczną krtanią fonetyczną. 2) Tenże przedstawi rekonwalescentkę po gastroenterostomii i poczyni swe uwagi co do téj operacyi. 3) Kol. Browicz mówić będzie o ruchomości ciałek czerwonych krwi w stanach patologicznych. 4) Kol. Mars opowie przypadek z praktyki. 5) Kol. Pieniążek mówić będzie o ropotoku Stoerka.

Do niniejszego numeru dołącza się broszura Dra Sciborowskiego pod tytułem: Szczawnica, zakład zdrojowo-kąpielowy i klimatyczny. Sprawozdanie z roku 1889.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 19 Kwietnia 1890. Nr. 16.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Peres wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

I. Z pracowni farmakologicznéj prof. Ł. J. Thumasa w Warszawie.

O alkaliczności krwi zgęszczonéj pod wpływem wielkich dawek siarkanu sody.

Podał

Jan Świątecki.

W 1850 roku C. Schmidt[1]) pierwszy zauważył, że alkaliczność krwi u chorych na cholerę w zamartwicowym okresie obniża się tak znacznie, iż niekiedy krew taka barwić może siny papierek lakmusowy czerwono. Spostrzeżenie to zostało późniéj stwierdzonem wielokrotnie, między innemi i przez francuską komisyję pod przewodnictwem Straussa[2]) podczas epidemii cholery w Egipcie 1883 r. Zrodziło się pytanie, czy zauważone zjawisko nie zależy od obfitych wypróżnień, mających jak wiadomo miejsce we wspomnianéj chorobie. W tym też celu Mya i Tassinari[3]), badając alkaliczność krwi u ludzi w rozmaitych sprawach chorobowych oznaczali ją także po podawaniu niektórych środków przeczyszczających (*inf. sennae*, MgO, Na_2SO_4); jednakże, o ile można wnosić z krótkiego streszczenia ich pracy w roczniku Virchowa z 1887 r., nie otrzymali żadnych dodatnich wyników. Mając to na uwadze i idąc za radą prof. Ł. J. Thumasa, przedsięwziąłem szereg doświadczeń na zwierzętach, mianowicie na psach, chcąc wykazać, jak się zachowuje alkaliczność krwi po silnem jéj zgęszczeniu, wywołanem przez stosowanie wielkich dawek soli glauberskiéj i w taki sposób dowiedzieć się, czy i pod tym względem nie zachodzi pewne podobieństwo pomiędzy niedokrewnością (*oligaemia sicea*), wywoływaną na drodze doświadczalnéj i podobnąż powstającą w cholerze.

Pytanie to jeszcze i z tego względu zdawało mi się być godnem uwagi, że teoryja działania soli przeczyszczających mimo obszernego stosowania ich w lecznictwie, pozostawia dotychczas wiele jeszcze do życzenia.

Zanim przystąpię do szczegółowego opisu wykonanych przezemnie doświadczeń, uważam za stosowne powiedzieć kilka słów o sposobach badania alkaliczności krwi, oraz wyjaśnić, co przez to pojęcie rozumieć należy.

Wiadomo, że krew, jak to dowiódł Maly[1]) mimo swego zasadowego odczynu jest właściwie cieczą kwaśną: jéj osocze, prócz $NaHCO_3$, Na_2HPO_4, soli teoretycznie kwaśnych, chociaż oddziaływających zasadowo na lakmus, zawiera jednocześnie i jak Maly utrzymuje w daleko większéj ilości inne kwaśne połączenia, które jako takie barwią lakmus czerwono. Jako przykład przytacza on NaH_2PO_4, powstający we krwi z Na_2HPO_4 działaniem CO_2, moczowego i innych kwasów. Maly (l. c.) jest nawet tego zdania, że ciało o ściśle zasadowym charakterze krwi nie zawiera wcale i jeżeli można ją nazwać alkaliczną, to tylko na zasadzie jéj zachowywania się względem używanych w chemii odczynników barwikowych. Właściwość tę jak wiadomo zawdzięcza krew rozpuszczonym w jéj osoczu $NaHCO_3$, Na_2HPO_4 i białkanom sodu, wobec których kwasy krwi są za słabe, aby za pomocą barwików odkryć się dały.

Z tego wynika, że przy oznaczaniu alkaliczności krwi, czyli ilości zasadowych jéj składników, należy mieć na uwadze i kwasy, które ujemnie wpływać muszą na stopień alkaliczności. Wobec tego alkaliczność krwi może się n. p. zwiększyć i wtedy nawet, kiedy ilość jéj zasad się zmniejszy, byle tylko jednocześnie i w odpowiednim stopniu zmniejszyła się ilość zawartych w jéj osoczu kwasów.

Zdawałoby się, że dla oznaczenia ilości alkalijów we krwi powinienby w zupełności wystarczyć powszechnie używany w chemii analitycznéj sposób t. z. acidimetryczny; jednakże już ta okoliczność, że ciecz, ściśle mówiąc, kwaśną wypada miareczkować jakimkolwiek kwasem, nie pozwala przywiązywać wielkiéj wagi do otrzymywanych w taki spo-

[1]) *Charakteristik d. epid. Cholera gegenüber verwandten Transsudationsanomalien.* 1850 — [2]) *Roux, Thuillier et Nocard, Exposé des recherches sur le cholera en Egypte. Compt. rend. de la soc. de Biologie.* 1883, pag. 565.—[3]) *Sulle variazioni della reazione alcalina del sangue venoso in alcune malattie. Virchows u. Hirschs Jahresbericht* 1887, I, 232.

[1]) *Ueber das Basensäureverhältniss im Blutserum etc. Sitzungsberichte der k. Akad. d. Wissenschaft. Wien* 1882, Bd. LXXXV, Abth. III.

sób wyników; zresztą wyniki te zmieniają się stosownie do użytego dla wskazania końca reakcyi barwika, jak to dowiódł Maly (l. c.) dla lakmusu i fenolftaleiny.

Inny sposób oznaczania alkaliczności krwi, podany po raz pierwszy przez Waltera[1]) pozwala wnosić o mniejszéj lub większéj zawartości alkalijów we krwi z ilości CO_2, którą można wypompować ze krwi w próżnię Toricellego, a to na téj zasadzie, że kwas węglowy znajduje się w luźnym związku chemicznym z jéj alkalijami. Oczywiście, że i ten „gazometryczny“ sposób nie jest bez zarzutu, ponieważ nie znamy stosunku pomiędzy ilością znajdujących się we krwi alkalijów, a ilością otrzymywanego z niéj gazu; wiadomo bowiem, że prócz CO_2 chemicznie związanego przechodzi w próżnię także CO_2 fizycznie roztworzony w osoczu krwi, a także i połączony z hemoglobiną czerwonych ciałek krwi (Zuntz[2]), nie mówiąc już o téj ilości CO_2, która przechodzi w próżnię stopniowo w miarę zwalniania się ze związku z sodem (Na_2CO_3) pod wpływem czerwonych ciałek krwi (Pflüger). Bardziéj szczegółowo o tym sposobie pisali H. Meyer[3]), Geppert[4]), v. Noorden[5]), v. O. Minkowski[6]).

Chociaż ostatni sposób oznaczania alkaliczności krwi jest częściéj używanym niż pierwszy, ja jednak wybrałem „acidimetryczny“, ponieważ w moich doświadczeniach po siarkanie sodu krew ulegała znacznym zmianom fizycznym: stosunek między ciałkami krwi i osoczem w jednostce objętości zmieniał się bardzo poważnie na korzyść pierwszych, wskutek czego w razie użycia drugiego sposobu zachodziłaby niemożliwość porównywania wyników badania po zagęszczeniu krwi z takiemiż czynionemi przedtem dla kontroli. Chciałem wreszcie obok tego przekonać się, czy krew zgęszczona pod wpływem soli rozwalniających może barwić czerwono lakmus, aby w taki sposób doświadczenia moje mogły być rozpatrywane w związku ze spostrzeżeniami C. Schmidta i innych co do reakcyi krwi w cholerze. Mając na uwadze, że alkaliczność krwi po ścięciu się włóknika ulega zmniejszeniu (Pflüger i Zuntz[7]), nie chciałem naśladować Baldiego[8]), który miareczkował nie krew *in toto*, lecz tylko jéj surowicę. Dla uniknięcia wynikającéj ztąd niedokładności Mya i Tassinari (l. c.) zobojętniali krew w 10% roczynie siarkanu sodowego miarowanym roczynem kw. szczawiowego (1 sz. cm = 0·04 NaOH); za wskazówkę końca reakcyi służył papier lakmusowy, na który od czasu do czasu puszczano kroplę zobojętnianego płynu. Jaksch[9]) znów w swoich doświadczeniach posługiwał się sposobem podanym przez Landoisa i mającym tę wyższość nad innemi, że pozwala oznaczyć alkaliczność krwi prawie bezpośrednio po wypuszczeniu jéj z naczynia krwionośnego; sposobowi też Landoisa oddałem pierwszeństwo.

W tym celu przygotowuje się szereg próbówek, zawierających różne ilości miarowanego roczynu jakiegokolwiek kwasu; z góry już więc wiadomo, ile należy dolać zasady (NaOH) dla zobojętnienia zawartości danéj próbówki tak, że gdy po dolaniu do każdéj próbówki pewnéj ilości badanéj krwi otrzymamy w jednéj z nich obojętny odczyn, mamy od razu wyrażoną w cyfrach jéj alkaliczność. Tak n. p. jeżeli mamy szereg kwaśnych porcyj, z których

I-sza	zobojętnia	7·6	miligramów	NaOH	
II	„	6·8	„	„	
III	„	6·4	„	„	i t. d.
IX	„	4·0	„	„	i t. d.
XVII	„	0·8	„	„	
XVIII	„	0·4	„	„	

i po dolaniu do każdéj z nich otrzymamy odczyn obojętny n. p. w IX-téj, to z tego, że 1 sz. c. krwi zobojętnia tyleż kwasu co i 4 miligramy NaOH, wynika, że 100 sz. c. danéj krwi odpowiada 400 miligrm. NaOH, co dla krótkości można wyrazić formułką: Alk = 400. W swoich doświadczeniach używałem 1/100 i 1/200 normalnego roczynu kw. szczawiowego, które rozlewałem w 18 próbówek w taki sposób, że I-sza z nich zawierała 4·5 sz. c. 1/100-go roczynu, II-ga 4·0 sz. c. 1/100-go i 0·5 sz. c. 1/200-go, III-ia 4·0 sz. c. pierwszego, IV-a 3·5 sz. c. pierwszego i 0·5 sz. c. drugiego i t. d., wskutek czego otrzymywałem szereg porcyj, dla zobojętnienia których wypadałoby po kolei użyć 3·6, 3·4, 3·2 itd. miligrm. NaOH. Oczywista, że biorąc ilości o połowę mniejsze, niż we wyżéj przytoczonym przykładzie, brałem i odpowiednią ilość krwi, t. j. dolewałem do każdéj próbówki nie jeden, lecz 1/2 sz. c. krwi. Miało to ten cel, aby nie nazbyt wiele ujmować krwi zwierzęciu i w taki sposób zabezpieczyć się od mogących wyniknąć z tego powodu niepożądanych zmian w jéj alkaliczności. Krew wziętą bezpośrednio z krwionośnego naczynia w ilości 10 sz. c. mięszałem starannie z 90 sz. c. 10% roczynu siarkanu sodu, rozumie się zupełnie obojętnego i do każdéj próbówki dolewałem za pomocą dokładnie wymierzonéj pipetki po 5 sz. c. powstałéj mięszaniny (każda więc porcyja zawierała 0·5 sz. c. czystéj krwi). Wstrząsnąwszy parę razy próbówki dla dokładniejszego zmięszania krwi z kwaśnym roczynem do każdéj wkładałem po kawałku niebieskiego i czerwonego lakmusowego papierka; zabarwienie ich wskazywało, gdzie otrzymanym został odczyn obojętny[1]). Ściśle mówiąc za obojętną przyjmowałem zawsze pierwszą, następującą po kwaśnych zasadową porcyję. Całe to postępowanie odbywało się z możliwą szybkością tak, że od chwili wypuszczenia krwi z naczynia do otrzymania ostatecznego wyniku upływało nie więcéj niż 2 minuty.

Przystępuję teraz do szczegółowego opisu moich doświadczeń. Jak już wspomniałem, wykonywałem je wyłącznie na psach. Zwierzę, zanim mogło być użytem do doświadczenia, musiało wpierw przebyć 7—12 dni w pracowni, gdzie codziennie rano podawano mu około 200 grm. końskiego mięsa i wody *ad libitum*. W dniu przeznaczonym na doświadczenie zwierzę nie dostawało nic. (Dok. nast.)

[1]) *Untersuchungen über die Wirkung der Säuren auf den thierischen Organismus. Arch. f. exp. Path. u. Pharm.* VII Bd. S. 148, 1877. — [2]) *Berl. kl. Woch.* Nr. 15. S. 185. — [3]) *Studien über Alkalescenz des Blutes. Arch. f. exp. Path. u. Pharm.* XVII Bd. S. 304, 1883. — [4]) *Gase des arteriellen Blutes im Fieber. Zeitschrift f. klin. Medicin* II Bd. S. 355, 1882. — [5]) *Magensaftsecretion und Blutalkalescenz. Arch. f. exp. Path. u. Pharm.* XXII Bd., 1887. — [6]) *Ueber den Kohlensäuregehalt des arteriellen Blutes beim Fieber. Arch. f. exp. Path. u. Pharm.* XIX Bd., 1885. — [7]) Patrz: J. Steiner. Fizyjologia. przekł. rosyjski. Kijów 1879 r., str. 34. — [8]) *L'alcalinita del sangue e della saliva durante la digestione gastrica. Virchows Jahresbericht* 1885 r. — [9]) *Ueber Alkalescenz des Blutes bei Krankheiten. Zeitschrift f. kl. Medicin.* Bd. XIII. S. 350.

[1]) Zauważyć należy, że zmoczone we krwi kawałki tak niebieskich jak i czerwonych papierków lakmusowych na powietrzu po upływie 1/2—1 minuty przyjmują jednakową brunatną barwę tak, że już poźniéj trudno powiedzieć cośkolwiek o ich pierwotnem zabarwieniu. Zjawisko to, jak się zdaje, można objaśnić w ten sposób, że mamy tu cienką warstwę krwi na porowatym papierze, a więc też same warunki, przy których barwik krwi zwykł się łatwo rozkładać i tworzyć ciało silnie związujące tlen (*haemochromogen* Hoppe-Seylera), przyczem wywięzuje się ozon (J. Steiner, l. c., str. 171), któremu też należy przypisać ów rozkład lakmusu.

II. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj Prof. Dra M. Madurowicza.

Przypadek laparotomii z powodu pęknięcia macicy.

Skreślił

Dr. Stanisław Braun, 1-szy asystent.

(Dok. Patrz Nr. 15).

Do kliniki położniczéj Prof. Dra M. Madurowicza przywieziono koleją 1 listopada 1889 r. K. K., mężatkę, 24 lat liczącą, która podaje, że rodziła 2 razy, porody oba odbyły się na czasie, płód z pierwszego porodu urodził się nieżywy, drugi żywy, obecnie jest po raz trzeci w końcu ciąży, czynność porodowa rozpoczęła się przed 3 dniami, z wystąpieniem pierwszych bólów porodowych odpłynęły wody płodowe, bóle od samego początku były gwałtowne, od czasu jak wyjechała z domu czuje się znacznie lepiéj, choć więcéj osłabiona, bo nie ma tych gwałtownych bólów w krzyżach, tylko znośniejsze dołem brzucha, krwi na zewnątrz odpływającéj nie dostrzegła.

W 48 godzin po wystąpieniu czynności porodowéj wezwano lekarza, który podaje, że podczas badania zewnętrznego znalazł obciśnięcie się macicy około płodu, mocne wypuklenie kuliste, wielkości główki płodu, twarde, położone nad spojeniem łonowem, więcéj po stronie prawéj, z którego bliżéj sprawy zdać sobie nie potrafił; przy badaniu wewnętrznem stwierdził ujście zewnętrzne macicy zupełnie rozwarte, pęcherz pęknięty, położenie płodu czaszkowe drugie, główkę ustaloną, u wysokości wchodu miednicy umieszczoną z znacznem przedgłowiem, twardą, wypełniającą szczelnie wchód miednicy. Tętna nie mógł stwierdzić, z szpary sromowéj odchodziła woda płodowa, smołką zabarwiona. Dla rozwiązania matki założył kleszcze Simpsona, lecz te ześlizgnęły się pionowo, po kilku silniejszych pociągnięciach.

Po kilku daremnych usiłowaniach obniżenia główki, kleszcze wyjął i wszedł ręką do jamy macicy, odsunął główkę na bok i doszedł do nóżek, tych atoli niżéj sprowadzić nie mógł. Przystąpił do kraniotomii, otworzył z trudnością nożycami Naegelego główkę, lecz dalszego operowania zaniechał z powodu zupełnego osłabienia, a przypuszczając, że owo wypuklenie nad spojeniem łonowem pochodzi od jakiegoś guza w wchodzie miednicy lub od potworu bliźniaczego, dla rozwiązania ostatecznego odesłał rodzącą do kliniki.

Badanie w klinice wykazało: osoba średniego wzrostu, miernego odżywienia, o kończynach chłodnych, sinych, wyrazie twarzy ostro zaznaczonym, świadczącym o znacznym upadku sił, ciepłocie ciała obniżonéj poniżéj normy, tętnie drobnem, nitkowatem, chwilami niewyczuwalnem, 140 na minutę, skórze pokrytéj tu i owdzie lepkim zimnym potem, języku wilgotnym, ustach sinych, przytomności umysłu zupełnie utrzymanéj, oddechu prędkim, przyspieszonym. Brzuch mocno wypuklony jednostajnie po obu bokach, tak nad jak i pod pępkiem o powłokach napiętych, bolesnych. Obmacywaniem daje się w głębi wyczuć po stronie prawéj nad łopatką biodrową prawą opór, którego bliżéj oznaczyć nie można. Podczas badania przez pochwę stwierdzono srom opuchnięty, siny, bolesny, powalany ciemną krwią skrzepłą; pochwa szeroka, krótka, część pochwowa zanikła, ujście zewnętrzne zupełnie rozwarte. Przez ujście daje się wybadać główka płodu ustalona, szwów i ciemion bliżéj oznaczyć nie można, gdyż pojedyncze kości zachodzą na siebie, a niektóre z nich odsłonięte sterczą do pochwy.

Ze stanu ogólnego, badania i wywiadów, które wykazują, że bóle przedtem gwałtowne ustały nagle i odtąd rodząca czuje się lepiéj, ale więcéj osłabiona, rozpoznano: pęknięcie macicy, położenie płodu główkowe, główka przedziurawiona.

Nożycami Naegelego odsunięto zachodzące na siebie kości, założono kranioklast i wydobyto z łatwością płód donoszony z pomniejszoną czaszką. Po wydobyciu płodu skoro wypływać zaczęła spora ilość krwi ciemnéj płynnéj, przystąpiono do wydobycia popłodu. Po pępowinie doszła ręka przez duży otwór po stronie prawéj macicy, komunikujący z jamą brzuszną, do łożyska, ułożonego w jamie brzusznéj wolno pod prawym łukiem żebrowym. Mając do czynienia z pęknięciem macicy zupełnem i znacznem, zatamponowano pochwę gazą jodoformową i przystąpiono do laparotomii w celu zeszycia względnie odcięcia macicy. Ponieważ tętno było zaledwie wyczuwalne, wstrzyknięto kilka strzykawek eteru podskórnie i otworzono jamę brzuszną. Między kiszkami znaleziono sporo skrzepów krwi i macicę skurczoną, rozdartą po stronie prawéj i od przodu we warstwie otrzewnowéj i mięsnéj, rana długa około 15 ctm. przebiega ukośnie, od dolnéj granicy trzonu do górnego brzegu pochwy, o brzegach nierównych skrzepłą krwią pokrytych. Otrzewna w miejscu rany nietylko wzdłuż, ale i poprzecznie była rozdarta. Z powodu mocnego ubytku sił, a zarazem mocnego rozdarcia ścian szyjki w kierunku podłużnym i poprzecznem, sięgającego nizko, o ile przechodzi rozdarcie nawet na przednią ścianę pochwy, zeszyto, po dokładnem oczyszczeniu, warstwę mięsną i otrzewną, szwem ciągnącym się katgutowym, a blizna powstała ztąd w otrzewnie miała kształt litery X. Po oczyszczeniu jamy brzusznéj zamknięto powłoki brzuszne.

Pomimo eteru, wina, koniaku, wstrzykiwania w rozczynie 0·6 na 1000 ciepłego rozczynu soli kuchennéj podskórnie autotransfuzyi, chora umarła w 10 godzin po operacyi.

Sekcyja wykazała: pęknięcie macicy po stronie prawéj w szyjce przechodzące cokolwiek w trzon i górną połowę pochwy, zapalenie wnętrza macicy i otrzewnéj zakaźne, ostry obrzęk płuca, zwyrodnienie miąższowe wątroby, nerek i serca, szew na macicy, na otrzewnie i w warstwie mięsnéj trzymający dokładnie i zlepienie otrzewny wzdłuż całego szwu.

Przebieg zatem porodu w tym przypadku dałby się w ten sposób wytłómaczyć:

Z powodu ścieśnienia miednicy i główki dużéj twardéj, niepodatnéj, wytworzył się znaczny niestosunek porodowy, następstwem którego było znaczne przeciąganie się porodu, pomimo silnych porodowych bólów; ponieważ główka się nie obniżała, a bóle trwały daléj dosyć silne, uległ mocnemu rozszerzeniu i ścieńczeniu dolny odcinek macicy i to przeważnie po stronie prawéj, gdzie leżała potylica; tem sobie możemy tłomaczyć ów guz twarty, kulisty więcéj po stronie prawéj nad spojeniem łonowem umieszczony, uważany mylnie przez lekarza ordynującego za guz patologiczny lub główkę potworu bliźniaczego. Już wtedy było wyraźnie zaznaczone niebezpieczeństwo pęknięcia macicy. Przez nieostrożne założenie kleszczy, a głównie przez usiłowany obrót na nóżki, dolny odcinek uległ jeszcze znacznemu rozciągnięciu i rozdarciu częściowemu, które w dalszem trwaniu bólów gwałtownych zamieniło się w rozdarcie macicy zupełne.

Kiedy to nastąpiło, trudno dzisiaj oznaczyć; to jest tylko pewne, że podczas operacyi nie nastąpiło, bo jak ordynaryjusz donosił, odsełał rodzącą do Krakowa z bardzo mocnemi bólami porodowemi. Prawdopodobnie w drodze do Krakowa macica pękła, i to wtedy, odkąd rodząca zaczęła się czuć podmiotowo lepiéj, choć więcéj osłabiona. Kiedy do kliniki przybyła, mieliśmy tylko zwykłe następstwo pęknięcia macicy, a mianowicie: znaczny upadek sił rodzącéj z powodu krwotoku wewnętrznego, bo krew dopiero wydostała się we wielkiéj ilości, kiedy płód wydobyto, przedtem ani rodząca, ani my w klinice nie stwierdziliśmy wypływu większéj ilości krwi. Rozwiązanie drogą naturalną wydawało się nam najprędszem do wykonania, ztąd wydobyliśmy płód przez pochwę, a skoro podczas wydobywania łożyska stwierdzono, że otwór w ścianie macicy jest tak duży, że nie można by go było zatkać szczelnie gazą jodoformową, otworzyliśmy jamę brzuszną, aby ranę zeszyć, względnie odciąć trzon macicy. Nie odcinaliśmy trzonu raz, że zabieg ten trwałby dłużéj niż zeszycie, a stan choréj był i tak bardzo nędzny, powtóre, że szypułka nie byłaby się składała z całéj, ale poszarpanéj szyjki, co mogłoby dać powód do następowego krwotoku, a względnie do ropienia znacznego. Następujące postępowanie lecznicze w tym przypadku wydaje się nam jako najracyjonalniejsze: założyć kleszcze dla zwalczenia niestosunku porodowego, a gdyby te nie prowadziły do celu, pomniejszyć główkę lub wykonać, jeżeli płód żywy, cięcie cesarskie metodą Saengera.

III. O laryngofisurze na podstawie własnego doświadczenia.

Podług wykładu mianego w Tow. lekarskiem krak. w czerwcu 1889 r., uzupełnione przypadkami późniejszemi.

Podał

prof. Dr. Pieniążek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15).

21) Przypadek dwudziesty pierwszy dotyczy kobiety, która przebyła zapalenie ochrzęstnéj na zewnątrz płyty tarczykowéj lewéj (*perichondritis thyreoidea externa sinistra*). Sprawa zapalna zakończyła się ropniem, który w początku jesieni 1889 w szpitalu św. Łazarza otworzono. W czas jakiś po otwarciu ropnia zaczęła u choréj powoli wytwarzać się duszność, skutkiem któréj musiano w końcu wykonać tracheotomiję w czasie, kiedy ropień był zupełnie wygojony. Badanie laryngoskopowe po tracheotomii podjęte wykazywało obrzmienie więzadeł fałszywych i prawdziwych tak, że jedne z drugiemi się zlewały. Zatoki Morganiego skutkiem obrzmienia zostały wyworczone. Obrzmienie to zajmuje po stronie lewéj przeważnie tylne części obu więzadeł przechodząc na przestrzeń międzynalewkową, po stronie prawéj przeważnie tylko części przednie. Skutkiem tego przedstawia szpara głośni kształt półksiężyca wklęsłością na prawo i ku przodowi, wypukłością na lewo i ku tyłowi skierowanego. Chrząstki nalewkowe okazują się prawidłowo ruchome. Obrzmienie więzadeł prawdziwych rozszerza się od brzegu ku dołowi zwężając więcéj jeszcze krtań pod głośnią, co tak za pomocą laryngoskopu od góry, jak i lusterkiem Czermaka od dołu przez ranę tracheotomijną stwierdzić można. Przytem bujają w okolicy kaniuli, szczególniéj nad jéj okienkiem granulacyje łatwo krwawiące. Stan ten zdawał się odpowiadać obrzmieniu obocznemu, które sprawie ropnéj na zewnątrz płyty tarczykowéj lewéj towarzyszyło. Dlatego też przez czas dłuższy nie przedsiębrałem żadnych zabiegów u choréj sądząc, że wspomniane obrzmienie samo ustąpi. Gdy jednak stan powyższy przez kilka miesięcy niezmienny pozostawał, rozpocząłem u niéj dylatacyję za pomocą czopków cynowych Schröttera. Po kilku dniach jednakże przerwać takową musiałem z powodu bólu, na który się chora uskarżała, a któremu obrzmienie wejścia krtani towarzyszyło. Po pewnéj pauzie podjęta po raz drugi i trzeci dylatacyja czopkami wkrótce z tego samego powodu przerwaną być musiała. Bóle po każdéj próbie występowały coraz silniéj, a chora lokalizowała je na prawéj płycie chrząstki tarczykowéj. Przytem można było stwierdzić zewnątrz obrzmienie na téj płycie, równie jak i spłaszczenie kąta międzypłytowego. Wobec tego zaprzestać musiałem dalszych prób dylatacyi, a przeczekawszy aż minie reakcyja czopkami wywołana, przystąpiłem do laryngofisury celem wycięcia części obrzmiałych, krtań zwężających. Laryngofisury dokonałem na początku roku bieżącego przy zwieszonéj głowie, przyczem miałem sposobność stwierdzić znaczne zgrubienie i nacieczenie ochrzęstnéj tak na zewnątrz, jak i na wewnątrz krawędzi międzypłytowéj. Po dokonaniu laryngofisury nie byłem w stanie rozewrzeć płyt chrząstki tarczykowéj w tym stopniu jak zazwyczaj tak, że operować pomiędzy niemi musiałem przez względnie zbyt wąską szparę, co naturalnie zabieg operacyjny znacznie utrudniało. Mimo to udało mi się wyciąć wtłaczające się w światło krtani części błony śluzowéj pod brzegami więzadeł. Części wycięte, lubo dość miękkie, okazywały się jednak nie tak wiotkie, jak przy wodnistym obrzęku. Widocznie długotrwałe obrzmienie do miernego rozrostu tkanki łącznéj doprowadziło. Po dokonaniu tego wycięcia założyłem tampon z gazy jodoformowéj i kaniulę, nad którą zeszyłem ranę szwem przez części miękkie idącym. W dni kilka wyjęto tampon, a chora po zatkaniu kaniuli korkiem dość dobrze oddychać mogła. Wkrótce jednak oddech stał się cięższym tak, że chora niechętnie kaniulę korkiem zatykała. Przy badaniu laryngoskopowem okazało się, że chrząstki nalewkowe nieco zamało się rozchodzą, a skutkiem tego obrzmiałe więzadła fałszywe i wyworczone nieco kieszonki Morganiego szparę głośni zwężały. Usunięcie tychże drogą endolaryngealną byłoby choréj oddychanie krtanią umożliwiło. Chora jednak wystąpiła ze szpitala i nie pokazała się więcéj.

Na mocy powyżéj przytoczonych przypadków twierdzić stanowczo mogę, że laryngofisura nie jest ani ciężką, ani niebezpieczną operacyją. Wprawdzie nie we wszystkich wymienionych przypadkach doprowadziła ona do pożądanego celu, nigdy jednak szkody nie przyniosła. Z przebiegu pooperacyjnego zaznaczyć muszę, że w żadnym przypadku gorączka nie trwała dłużéj nad dni kilka, wahając się co najwyżéj między 38° a 39° C., w większéj zaś części wymienionych przypadków w przebiegu pooperacyjnym żadnego podniesienia temperatury nie było. Przypadku śmierci nie tylko nie było żadnego, ale nawet nigdy nie wystąpiły po operacyi objawy, któreby dla chorego choćby najodleglejsze niebezpieczeństwo przypuszczać nakazywały. Jeżeli operacyję tę z tracheotomiją porównamy, musimy ją bezwarunkowo za łatwiejszą i lżejszą od téj ostatniéj uważać (*nota bene* mam tu na myśli laryngofisurę po dokonanéj już tracheotomii). Tracheotomija, którą w ogóle za operacyję łatwą uważać należy, może przy zmianie topograficznych stosunków na szyi n. p. niezbyt rzadko skutkiem wola, czasem skutkiem przerostu gruczołów szyjnych itp. stać się operacyją trudniejszą, co przy laryngofisurze nie ma wpływu. Powtóre: tracheotomiję zmuszeni jesteśmy wykonywać nieraz przy zbliżającéj się już asfiksyi, gdzie narkoza może być niebezpieczną, operowanie zaś bez chloroformu jest z powodu duszności i napierania wydechu chorego zwłaszcza u dzieci utrudnione. Ciągłe podnoszenie i obniżanie się krtani, jakie silnéj duszności towarzyszy, łatwe krwawienie, jakie przy napieraniu wydechu (przy krzyku, płaczu u dzieci) występować zwykło, czasem konieczność pośpiechu stanowią niedogodności tracheotomii, które przy laryngofisurze wcale nie istnieją.

Tu można przy odpowiedniem zabezpieczeniu tchawicy od ściekania krwi operować po nad raną tracheotomijną zupełnie swobodnie, podobnie jak na ręce lub nodze. Chory oddychając lekko nie podnieca swoją dusznością krwawienia, które jako miąższowe samo wkrótce ustaje. Przecięcie nieco większego naczyńka, jak *ramus hyoideus* lub gałązki tegoż, łączącéj się z *arteria crico-thyreoidea* na *ligamentum conicum*, co się zresztą rzadko wydarza, nie sprawia swojem krwawieniem żadnych niedogodności i pozwala wygodnie i spokojnie założyć ligaturę. To też nie ma tu koniecznéj potrzeby rozcinania części miękkich warstwowo, lecz można je śmiało nawet jednem cięciem aż do krawędzi międzypłytowéj rozdzielić, poczem wprowadzony pomiędzy struny głosowe herniotom krawędź tę od wewnątrz ku zewnątrz bez szkody dla więzadeł rozcina. Na ten sposób rozdzielania płyt kładę wielki nacisk. Przy rozcinaniu bowiem ostrym bisturem od zewnątrz ku wewnątrz, albo nawet bisturem gałkowatym z dołu ku górze, narażone są na nacięcie przednie części strun głosowych. To też herniotom należy przez ranę tracheotomijną w górę pomiędzy struny głosowe wprowadzić i w ich przednim kącie oprzeć, aby przy rozcinaniu płyt strun nie uszkodzić. W ten sposób można nawet jednem cięciem i płyty i części miękkie nad niemi rozdzielić, jak to uczynił był prof. Obaliński przy powtórnéj laryngofisurze w przypadku dziewiątym.

Podnieśliśmy powyżéj jako *conditio sine qua non* dla wygodnego wykonania laryngofisury zabezpieczenie tchawicy od ściekającéj krwi, w którym to celu zazwyczaj kaniule tamponowe używane bywają, jak kaniula Trendelenburga lub Hahna. Takowe jednak nie zawsze działają pewnie, a przy-

tem utrudniają rozcięcie płyt od wewnątrz ku zewnątrz, do wykonania którego wyjęte być muszą, a tem samem w chwili rozcinania płyt na aspiracyję krwi chorego narażają. Zwykle takowa nie bywa wielką, krwotok bowiem nie bywa znaczny, a przytem zaraz po dokonaniu rozcięcia kaniulę tamponową napowrót założyć można. Są jednak przypadki, jak nasz przypadek piąty (*perichondr. thyreoidea*), lub dziewietnasty (*carcinoma laryngis*), gdzie krwotok jest znaczny, może więc naraz aspiracyja większéj ilości krwi nastąpić. Prócz tego kaniula pozostająca w ranie utrudnia, zwłaszcza szeroką płytą, nieraz potrzebne po dokonanéj laryngofisurze zabiegi we wnętrzu krtani. Z tego to powodu był zmuszony prof. Obaliński w naszym pierwszym przypadku po dokonaniu laryngofisury założyć tylko kaniulę wewnętrzną, którą dla pewności na grubéj nitce trzymać trzeba było.

W tymże samym przypadku użył prof. Obaliński, gdy go kaniula Trendelenburga zawiodła, tamponu nad kaniulą t. j. kawałka gąbki, który po dokonanéj laryngofisurze nad kaniulą umieszczony od ściekania śluzu i krwi do tchawicy przy dalszych zabiegach ochraniał. Korzyści i niedogodności téj ostatniéj metody na równi z korzyściami i niedogodnościami kaniuli tamponowéj postawić muszę, z tą jednak różnicą, że nie przeszkadza tu płytka kaniuli i tampon do potrzeby łatwiéj zastosowanym być może, to jest tchawicę od ściekania krwi może ochraniać, co przy kaniulach tamponowych nie zawsze daje się osiągnąć. Swoją drogą dobrze co do wielkości zastosowania i na dzień przed laryngofisurą założona kaniula Hahna zupełnie tchawicę od ściekania krwi chronić może. Jeżeli przytem wykonano poprzednio tracheotomiję podtarczykową, jak to uczynił w przypadku piętnastym prof. Rydygier, wtedy kaniula taka niczem przy potrzebnych po laryngofisurze zabiegach, ani też przy saméj laryngofisurze przeszkadzać nie będzie. Nie zdaje mi się jednak korzystnem wykonywanie tracheotomii dolnéj, a tem samem zadawanie choremu dwóch ran zamiast jednéj. Laryngofisura po tracheotomii dolnéj wykonana wymaga przecięcia części przynajmniéj więzu stożkowego (*lgam. conicum*), aby przezeń herniotom między płyty chrząstki tarczykowéj wprowadzić. Oszczędzamy więc przy téj metodzie jedynie rozcięcie łuku chrząstki obrączkowéj, które dla chorego jest mniejszéj wagi niż tracheotomija podtarczykowa.

Operowanie bez tamponowéj kaniuli lub tamponu po nad kaniulą założonego jest przecie możebnem w przypadkach, w których nie ma wielkiego krwawienia. Chcąc jednak chorego od aspiracyi krwi częściowo zabezpieczyć, należy go operować bez chloroformu, aby przez narkozę odkrztuszania krwi aspirowanéj nie utrudnić. O ile jednak ciągłe krztuszenie chorego i zanieczyszczanie pola operacyjnego ściekającą i na nowo odkrztuszaną krwią operatorowi w jego zabiegu przeszkadza, każdy łatwo oceni. Przy znaczniejszym krwotoku, a zwłaszcza podczas narkozy chory absolutnie nie będzie w stanie wszystkiéj krwi aspirowanéj odkrztusić, a tem samem zostaje narażony na powstanie zapalenia płuc po operacyi. To też w ten sposób wykonywanéj laryngofisury nie widziałem nigdy. Pojęcie jednak o niéj łatwo mieć mogę z przypadków, w których kaniula tamponowa niedokładnie spełniała swoje zadanie, lub też czasowo dla zyskania miejsca wyjętą być musiała, jak w przypadkach: pierwszym, drugim i czwartym. Ciągłe krztuszenie się chorego i ciągłe zanieczyszczanie pola operacyjnego (t. j. wnętrza rozciętéj krtani) utrudniało działanie operatora, a tem samem znacznie przedłużało trwanie operacyi.

Można jednak i bez kaniuli tamponowéj lub pokrycia tamponem kaniuli uchronić chorego w zupełności od aspirowania krwi, nie ścieśniając sobie przytem wcale operacyjnego pola działania. Osiągnąć to mianowicie można wykonywając laryngofisurę przy zwieszonéj w tył głowie. Baczyć jednak należy, aby nie tylko głowa, lecz także i szyja chorego ku dołowi opadała, co łatwo osiągnąć, jeżeli się go aż poza barki przed krawędź stołu operacyjnego wysunie. Jeden pomocnik musi chorego utrzymywać we wspomnianéj pozycyi, aby się ze stołu operacyjnego na głowę nie zesunął; drugi musi trzymać zwieszoną głowę. Ułożywszy tak chorego po zachloroformowaniu wyjmuję kaniulę i przystępuję do rozcięcia części miękkich po nad spojeniem płyt chrząstki tarczykowéj. Jeżeli otwór tracheotomijny po wyjęciu kaniuli się ściąga rozwiera go asystujący rozwieraczem Trousseaua. Przy krwawieniu silniejszem z części miękkich może się tylko troszkę krwi z okolicy przyległéj ranie tracheotomijnéj do tchawicy dostać. Takowa jednak zaledwie na brzeg tchawicy doszedłszy własnym ciężarem nazad opada. Wreszcie i od tego uchronić można chorego ucisnąwszy w dane miejsce tamponikiem z waty na koniec szczypczyków okręconéj. Można także zostawić na razie nad raną tracheotomijną wąski mostek skóry, który się na samym końcu, t. j. bezpośrednio przed rozcięciem płyt osobno przecina. Rozcięcie płyt zwiększając naraz otwór prowadzący do tchawicy uniemożliwia do reszty aspiracyję krwi, nawet do górnéj jéj części. Łatwo pojąć, że przy wąskim otworze tracheotomijnym krew w nim się gromadząca prądem powietrza wdychanego częściowo pod górę do tchawicy porwaną być może; przy szerokim natomiast otworze, jaki po dokonanéj laryngofisurze i rozwarciu krtani uzyskujemy, powietrze wdychane nie jest w stanie krwi porwać za sobą do tchawicy; takowa więc swobodnie spływa do jamy połykowéj, a stąd przez usta i nos na ziemię. Nawet więc w razie silnego krwotoku nie zachodzi obawa aspiracyi krwi. Jedynie jeżeli operujemy w obrębie dawnéj rany tracheotomijnéj, t. j. tuż nad tchawicą mogą się cząstki krwi przy wdechu do jéj górnéj części dostać; nie doszedłszy jednak daleko, z łatwością przy wydechu napowrót odrzucone zostają.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Dzisiejszy pogląd na fizyjologiczne działanie mięsienia.

Podał
Dr. Michał Kaufmann.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15).

Przytaczam jako przykład dwa doświadczenia.

A ściska dynamometr co 15 sekund. Dynamometr pokazuje: 87, 72, 68, 68, 68, 62, 52, 55, 48, 52, 42, 42, 45, 49, 42, 42, 62, 62, 58, 62. 58, 62, 50, 48, 55, 58, 52, 45, 50, 50, 49, 49, 46, 42, 39, 59, 56, 53, 54, 59, 59, 57, 55, 53, odtąd co 5 sekund: 50, 50, 53, 50, 54, 54, 55, 48, 51, 45, 44, 40, 45, 40, 35, 40, 45, 45, 42, 40, 40, 40, 42, 44, 41, 40, 36, 36, 35, 41, 42, 45, 42, 42, 42, 45, 40, 45, 40, 35, 41, 40, 39, 39, 35, 35, 30, 40, 38, 45, 46, 46, 42, 46, 44, 44, 44, 40, 45, 43, 46, 40, 35, 40, 36, 30, 36, 35, 42, 38, 35, 45, 42, 38, 35, 40, 36, 35, 36, 35, 40, 40, 40, 34, 35, 35, 36, 38, 35, 30, 38, 36, 30, 35, 35, 40, 35, 35, 37, 32, 36, 38, 30, 38, 35, 30, 31, 25, 28, 40, 38, 29, 30, 40, 30, 30, 28, 25, 42, 32, 26, 30, 28, 30, 32, 28, 30, 30.

Po 10 minutach odpoczynku, co 10 sekund: 55, 47, 52, 42, 41, 40, 29, 32, 35, 38, 35, 37, 35, 35, 35, 35, 30, 36, 34, 30, 34, 30, 30, 35, 37, 32, 39, 28, 30, 30, 28, co 5 sekund: 35, 32, 34, 28, 28, 36, 30, 30, 32, 38, 40, 30, 30, 28, 28.

B ściska dynamometr, co 5 sekund: 90, 92, 95, 92, 84,

85, 86, 82, 83, 86, 85, 80, 82, 79, 78, 76, 75, 75, 78, 78, 78, 78, 76, 70, 76, 78, 72, 75, 76, 76, 76, 74, 70, 72, 72, 70, 68, 70, 68, 68, 68, 65, 65, 64, 66, 55, 60, 58, 56, 55, 54, 52, 52, 56, 54, 54, 52, 55, 48, 50, 50, 50, 42, 45, 44, 44, 40, 40, 46, 46, 46, 45, 42, 45, 40, 45, 39, 42, 44, 40, 46, 41, 45, 49, 40, 38, 30, 38, 42, 41, 35, 45, 38, 40, 38, 36, 34, 40, 39, 40, 35, 32, 30, 28, 30, 28, 27, 30, 26, 27, 25, 20, 20, 20, 18, 20, 20, 15, 24, 24, 20, 20, 24, 21, 26, 22, 20, 17, 30, 21, 19, 28, 22, 25, 27, 27, 22, 25, 30, 32, 33, 21, 18, 21, 21, 27, 27, 36, 34, 35, 27, 24, 24, 26, 25, 20, 29, 22, 24, 24, 21, 19, 21, 19, 22, 22, 24, 25, 27, 25, 29, 19, 25, 26, 24, 22, 25, 18, 30, 22, 18, 17, 15, 21, 25, 24, 25, 26, 30, 28, 32, 36, 35, 31, 20, 25, 24, 20, 20, 30, 30, 31, 30, 21, 21, 21, 26, 25, 24, 22, 20, 24, 25, 24, 24, 21, 20, 20, 22, 18, 22, 17, 21, 17, 18, 20, 19, 25, 19, 18, 20, 22.

Po 10 minutach miesienia: 65, 65, 55, 50, 60, 60, 60, 56, 54, 57, 48, 48, 50, 50, 54, 48, 44, 42, 42, 45, 44, 42, 41, 42, 45, 39, 45, 40, 42, 49, 45, 45, 40, 42, 40, 40, 42, 40, 41, 39, 38, 39, 25, 22, 27, 31, 36, 36, 30, 25, 34, 34, 36, 30, 35, 35, 32, 31, 31, 30, 35, 28, 28, 25, 30, 27, 27, 35, 35, 27, 28, 25, 30, 31, 35, 35, 36, 36, 40, 45, 40, 38, 36, 45, 40, 40, 40, 45, 40, 41, 39, 40, 40, 41, 41, 36, 46, 46, 50, 45, 40, 40, 42, 42, 40, 35, 39, 31, 30, 35, 37, 30, 30, 35, 40, 37, 32, 37, 30, 37, 35, 30, 21, 30, 30, 30, 30, 32, 37, 32, 30, 32, 30, 32, 25, 27, 27, 30, 24, 25, 25, 28, 32, 36, 34, 30, 32, 30, 28, 31, 29, 25, 24, 18, 25, 27, 18, 18, 22, 22, 20, 25, 25, 22, 20, 21, 22, 20, 24, 20, 21, 19, 20, 25, 20, 19, 21, 25, 25, 22, 23, 20, 21, 24, 25, 22, 25, 25, 26, 24, 20, 22, 21, 21, 22, 25, 15, 20, 30, 32, 31, 34, 30, 25, 22, 24, 26, 27, 24, 31, 27.

W innych doświadczeniach tego rodzaju wynik był zupełnie ten sam, a mianowicie, że zawsze po mięsieniu, jakkolwiek absolutna siła skurczów nie wzrastała, to jednakże ilość skurczów, a ostatecznie i praca, którą mięśnie wykonywały, wskutek ściskania dynamometru, po mięsieniu była znacznie większą, aniżeli w tych przypadkach, w których przez ten sam czas mięśnie znużone pozostały tylko w spoczynku bez mięsienia.

Prócz tego szeregu doświadczeń wykonałem jeszcze inny, w którym prace mięśni zapisywano graficznie na walcu okopconym. Badane osoby podnosiły ciężar tylko za pomocą zginania ręki, przyczem przedramię było ustalone tak, że przy każdem zginaniu ręki ciężar 5 kilogr. był podnoszony na pewną wysokość zależną od siły skurczów, a za pomocą osobnego urządzenia wysokość tego podniesienia była naznaczoną na walcu okopconym. Tu również mięśnie wykonywały pracę aż do zupełnego znużenia i w jednych przypadkach następnie pozostawały tylko przez pewną ilość czasu w spoczynku, w drugich były poddawane mięsieniu, poczem znowu wykonywano skurcze i podnoszono ciężar aż do znużenia.

Oto niektóre z tych doświadczeń.

1) Pan H... podnosił ciężar 5 kilogr. przez 2 minuty i wykonał przez ten czas 80 skurczów, linija najsilniejszego skurczu wynosiła na walcu 35 mmtr. najsłabszego 10 mmtr. Ponieważ linija 15 mm. odznacza podniesienie ciężaru 5 kilogr. na 10 cntm. wysokości, to można było obliczyć całkowitą pracę. W tym przypadku wszystkie skurcze razem przedstawiały liniję równającą się 1820 mm., a zatem podniesienie ciężaru 5 kilogr. na 12 metr. 10 cntm. Mięsiono przez 5 minut. Po mięsieniu p. H... wykonał 88 skurczów w ciągu 2 minut, równających się na myografie linii 1575 mm., czyli podniósł ciężar 5 kilogr. na 10 metr. 50 cntm. Po 5 minut. zwykłego spoczynku bez mięsienia wykonał 48 skurczów, których linia na myografie wynosiła tu tylko 800 mm., czyli podniósł ten sam ciężar tylko na 5 metr. 30 cntm.

2) Pan P... wykonał aż do zupełnego znużenia 94 skurczów, na myografie suma linij skurczów wynosi 1900 mm. t. j., że pan P... podniósł ciężar 5 kilogr. na 12 mtr. 60 cntm. Po 5-ciu minutach zwykłego odpoczynku wykonał aż do zupełnego znużenia tylko 57 skurczów, linija na myografie wynosi 1125 mm., podniósł ciężar 5 kilogr. na 7 metr. 50 cntm. Potem mięsiono 5 minut. Pan P. wykonał 99 skurczów, suma linij na myografie wynosi 2150 mmtr. czyli podniósł ten sam ciężar na 14 mtr. 30 cntm.

3) Ekspres podniósł ciężar 5 kilogr. aż do zupełnego znużenia 208 razy. Suma linij na myografie wynosi 5080 mm., czyli podniósł ten ciężar na 33 mtr. 70 cntm. Po mięsieniu trwającem 5 minut podniósł ten sam ciężar 302 razy, linia na myografie 7490 mmt. równająca się podniesieniu na 49 mtr. 80 ctm.

4) Pan T... wykonał w przeciągu 3 minut 70 skurczów. Suma linij na myografie wynosi 1400 mm., czyli pan T... podniósł ciężar 5 kilogr. na 9 metr. 30 cntm. Mięsiono przez 5 minut. Zaraz po mięsieniu pan T... wykonał w przeciągu 3 minut 120 skurczów. Linija równa się 2030 mm. na myografie, czyli podniósł ten sam ciężar na 13·50 mtr.

5) Pan Z... wykonał w przeciągu 3 minut 91 skurczów. Linija na myografie wynosi 1920 mm., czyli podniósł ciężar na 12 mtr. 80 cntm. Po spoczynku 5 minut bez mięsienia wykonał tylko 50 skurczów w przeciągu 3 minut, linia na myografie wynosi 1015 mmtr., czyli podniósł ciężar na 6 mtr. 70 ctm.

6) Pan W... podniósł ciężar 5 klgr. zginaczami ramienia przez 2 minuty 25 razy. Po 4 minutach wypoczynku podniósł ten sam ciężar w przeciągu 2 minut 20 razy do znużenia. Po mięsieniu trwającem 2 minuty podniósł w ciągu minuty 32 razy, przyczem było uczucie większéj lekkości w ruchach. Po dalszych 4 minutach odpoczynku p. W... był tylko w stanie 15 razy w minucie ten sam ciężar podnieść. Znów mięsiono przez dwie minuty, a wtedy w równych odstępach podniósł 31 razy w minucie.

Doświadczenia te niewątpliwie przekonały o tem, że mięśnie znużone daleko prędzéj wracają do stanu prawidłowego przy mięsieniu i rzeczywiście zdolne są do wykonania większéj pracy, aniżeli przy zwykłym spoczynku. Nie mogliśmy jednak zauważyć tak wybitnéj różnicy, jaką wskazują niektórzy autorowie, a w szczególności Reibmayer. Charakterystyczną jednak jest rzeczą, na którą zresztą wskazują już spostrzeżenia innych autorów, że mimo niewątpliwie zwiększonéj zdolności do pracy wskutek mięsienia, mięśnie tak przy bezpośredniem badaniu jako też przy działaniu na nie za pomocą nerwów, okazują mniejszą pobudliwość po mięsieniu, aniżeli w stanie prawidłowym. Fakt ten najsamprzód zauważyłem wprost w praktyce prywatnéj, kiedy bowiem prąd indukcyjny zastosowany u pewnéj osoby na mięśnie przedramienia przy oddaleniu cewki drugorzędnéj na 4 cntm. skurcze przez dłuższy czas wywołać był w stanie, a gdy następnie wskutek znużenia skurcze mimo drażnienia już nie występowały, to spokój 15 minutowy zupełnie wystarczył, aby prąd téj saméj siły ponownie skurcze wywołał. Gdy zaś po powstałem zmęczeniu mięsiono przez ten sam czas, wtedy cewki znacznie trzeba było zbliżyć do siebie, aby wywołać skurcze w mięśniu.

Doświadczenia tego rodzaju przerobiłem także w zakładzie fizyjologicznym i to nietylko na ludziach, ale także na psie i wynik w przeważnéj części przypadków, szczególnie w tych doświadczeniach, które mogliśmy uważać za dokładne, był tem sam.

Oto są te doświadczenia:

Doświadczenie 1) Pan J.. Odległość cewek 77 mmtr. jedna elektroda prądu indukcyjnego na przedniéj powierzchni przedramienia w odległości 3 cntm. od *condyl. int.*, druga nad stawem nadgarstkowo-przedramiennym. Pojedyncze uderzenia wywołują skurcz wybitny. Po 3 minutach ponowne podrażnienie wywołuje skurcz nawet silniejszy.

Dośw. 2) Ustawienie to same, odległość cewek 115, słaby skurcz; mięsiono przez 3 minuty. Bezpośrednio po mięsieniu oddziaływanie znacznie słabsze, stopniowo jednak wzrastające.

Dośw. 3) Ustawienie to same, odległość cewek 112 mmtr. (Prąd do cewki pierwotnéj od 1 stosu Daniela) uderzenie indukcyjnego prądu wywołuje zupełny skurcz palców, po 2 minut. mięsienia dla wywołania tego samego skurczu wypadło cewkę indukcyjną przybliżyć do pierwotnéj o 1 cntm. Po 5 minutach pobudliwość wróciła do normy.

Dośw. 4) Pies, ścięgno *tibialis ant.* połączono z myografem, mięsień zachowany na miejscu, krążenie prawidłowe, draż-

nienie pojedynczemi uderzeniami prądu indukcyjnego za pomocą 2 par elektrod, z których jedna kończyła się igłami i była w dwóch miejscach wsadzona do mięśnia, druga para podłożona pod *nerv. ischiadicus*. Najsłabszy skurcz otrzymywano przy podrażnieniu mięśnia przy odległości cewek 227 mm. z nerwu przy odległości 314, po męsieniu dla otrzymania tego samego skurczu wypadło przy drażnieniu bezpośredniem mięśnia przybliżyć cewkę aż do odległości 190, przy drażnieniu nerwu 222 mm.

(Dokończenie nastąpi.)

V. Oceny i sprawozdania

Bakteryjologija.

Wurtz (Paryż): **O własnościach przeciwgnilnych białka.**

Że istota białkowata, zawarta w białku jaja kurzego działa zabójczo na mikroorganizmy, dowodzą następujące doświadczenia autora: wziąwszy minimalną ilość z pewnéj hodowli za pomocą cieńkiego drucika platynowego, który stale do pewnéj wysokości w hodowli był zanurzony, przeszczepiał tę ilość na 1 cm. sz. białka kurzego umieszczonego w epruwetce. Kilka epruwetek w ten sposób przygotowanych zostawiał W. przez jednę godzinę w ciepłocie 38° C. Po upływie tego czasu dodawał do każdéj takiéj epruwetki 10 sz. cm. żelatyny. Okazało się, że w żadnéj z nich hodowla zaszczepionego mikroorganizmu nie powstała, podczas gdy w epruwetkach zawierających te same ilości żelatyny bez białka, z któremi w ten sam sposób manipulował, rozwijały się bujnie hodowle zaszczepione. Badanie Wurtza odnosiły się szczególnie do prątka wąglika, który tak w stanie prątka, jak nitek, a nawet w stanie zarodników przestaje się rozwijać pod wpływem świeżego białka kurzego. Spiryle, mikroby cholery kur, prątki durowe Ebertha, różne streptokoki, *bacillus subtilis* i t. d. są również czułe na działanie białka, jednakże w mniejszym stopniu. Ażeby doświadczenie się udało, ilość zaszczepionéj hodowli musi być nadzwyczaj małą. Niektórzy badacze spostrzegali rozwijanie się hodowli mikroorganizmów w białku; autor tłómaczy te sprzeczne wyniki okolicznością, że tamci brali do swych doświadczeń znaczne ilości hodowli. Działanie przeciwgnilne białka istnieje tylko dopóty, dopóki ono jest świeże; gotowane białko stanowi grunt dla hodowli korzystny.

Z wyników opisanych wysnuwa Wurtz następujące wnioski: jaja ptaków uchronione są od działania bakteryi w jajowodach i kloace przez swą osłonkę białkową. Wielka liczba gadów i płazów i wszystkie ryby składają jaja do wody, która zawiera mikroby, lecz działanie tychże wstrzymuje również osłonka z białka. (*Le Progrès médical*, 1890, Nr. 3).

Dr. Beck.

Farmakologija.

Dr. E. Pins (Wiedeń): **Lecznicza wartość borowiny mineralnéj i jéj surogatów (sól i ług borowinowy Mattoniego).**

Zgodzić się trzeba z autorem, iż utrzymywanie czystości ciała za pomocą kąpieli odłogiem jeszcze w Europie leży. Pokoik kąpielowy powinien być integralną częścią każdego nawet skromnego mieszkania, a kąpiel codzienna całego ciała, tak jak mycie rąk lub twarzy w użycie wejść winna — rzecz, którą sobie dziś tylko bogacz pozwolić może. Inaczéj w Ameryce. Tam nawet każdy pokój hotelowy ma swą łazienkę. Nie idzie tu tylko o samą czystość, wiemy bowiem jak zwykła neutralna kąpiel działa zbawiennie na przewiew skóry, na przemianę pierwiastków i na uspokojenie nerwów. Jeżeli już kąpiel zwykła nie jest obojętną dla organizmu, cóż dopiero mineralna! mimo, iż Bunge woła, że żelazo nietylko przez skórę, ale nawet traktem pokarmowym „na szczęście pacyjentów do obiegu krwi się niedostaje, boby zatrucie wywołało“, autor stanowczo twierdzi, że żelazo i inne składniki kąpieli mineralnych nietylko działają odruchowo przez skórę, ale do organizmu się jako takie dostają, czego n. p. dowodem ciemne obwódki na granicy zębów i dziąseł u dziewcząt przechodzących kuracyję w kąpielach żelazistych.

Borowina francensbadzka, z któréj Mattoni sól i ług wyrabia, zawiera w sobie prócz innych soli żelazowych przeważnie siarkan żelaza, daléj sole arsenowe, a z połączeń organicznych kwas mrówkowy i bursztynowy. Istnienie arsenu nadaje téj borowinie znaczną wartość leczniczą. Do jednéj kąpieli w pełnéj wannie dodaje się 1 kilo soli lub ługu borowinowego Mattoniego, a kąpiel taka pod względem składników niczem od naturalnéj się nie różni. Różnica polega tylko na braku ziemi czarnéj (*humus*), dlatego ciśnienie na skórę jest mniejsze, ale i temu zapobiedz można użyciem dużych wanien, większa bowiem ilość wody większe ciśnienie na powierzchnię ciała wywierać będzie

Autor z własnego doświadczenia zaleca sztuczne kąpiele borowinowe w następujących chorobach:

1) U dzieci w zolzach i krzywicy.

2) W bezkrwistości po wyniszczających chorobach.

3) W nerwobólach lub bólach mięśniowych.

4) W blednicy i zaburzeniach miesiączkowych u młodych dziewcząt.

5) W wypocinach przewlekłych w miednicy małéj u kobiet. Szczególniéj jako leczenie pomocnicze w męsieniu Thure-Brandta.

6) Impotentia *coëundi et generandi* z przyczyny osłabienia *mm. bulbo- et ischiocavernosi.*

7) Stwardnienia pozapalne jąder i gruczołu krokowego.

Szczególniéj 8) w nasieniotoku i 9) osłabieniu nerwowém (*neurasthenia*) widział autor zadziwiające polepszenia.

Borowina więc niepośledne zajmuje miejsce w szeregu środków leczniczych obecnie używanych, a przetwory Mattoniego umożebniają stosowanie ich u ludzi niezamożnych, którzy odpowiedniego leczenia nie mogą połączyć z przyjemnem *dolce far niente* miejscowości kąpielowych. (*Wr. med. Wschft.* 1890, Nr. 7 i 8).

Dr. Mendelsburg.

* Pignol opisał na posiedzeniu *Société de biologie* w dniu 4/1 1890 trzy przypadki zapalenia płuc, leczonych za pomocą wstrzykiwań naftolu do tchawicy. Używa się w tym celu cieńkiéj igły strzykawki Pravaza, którą wbija się przez skórę do światła tchawicy. Przez tę igłę wstrzykuje się następnie kroplę po kropli rozczynu naftolu 0·2:1000 w ilości 200 do 350 sz. cm. Operacyja cała trwa pół godziny i może być powtórzoną. Opisany sposób leczenia sprowadzał polepszenie, a chorzy znosili go bardzo dobrze; w jednym przypadku obniżył gorączkę i sprowadził ciepłotę do normy. (*Le Progrès médical*, 1890, Nr. 2).

Patologija.

Roger i Charin (Paryż): **Wpływ przeciążenia pracą na skłonność do chorób zakaźnych.**

Celem wykazania tego wpływu posługiwali się autorowie aparatem sporządzonym na wzór klatki dla wiewiórek, w któréj zwierzęta zmuszone są do ciągłego biegania. Królików i świnek morskich do doświadczeń tych używać nie można, gdyż one giną w takiéj klatce wśród objawów silnego zawrotu Natomiast szczury białe są wytrzymałe. Doświadczenia urządzali R. i C. w ten sposób: 20 szczurom wstrzyknęli rozcieńczoną hodowlę wąglika w takiéj ilości, która tych zwierząt zazwyczaj nie zabija. Dziesięć szczurów zatrzymano dla porównywania, drugą zaś połowę umieszczono na kilka godzin w opisanym aparacie. Wszystkie zwierzęta, u których wywołano znużenie mięśniowe, poginęły. Przeciążenie pracą fizyczną zmniejsza odporność przeciw chorobom zakaźnym. (*Le Progrès médical*, 1890, Nr. 4).

Dr. Beck.

Oskar Fraentzel (Berlin): **O samoistnych powiększeniach serca.**

W przypadkach powiększenia serca należy według autora klinicznie ściśle odróżnić przerost od rozszerzenia. Chociaż oba stany często równocześnie występują, objawy ich często się łączą, rozróżnienie często sprawia trudności, to przecież posiada ono bardzo wielkie znaczenie kliniczne, gdyż przerost przedstawia rękojmię życia, rozstrzeń niebezpieczeństwo śmierci dla chorych. F. dzieli idyjopatyczne, od wad zastawkowych niezawisłe, powiększenie serca według fizycznych i anatomicznych warunków, wśród których powstaje: 1) w następstwie nieprawidłowych oporów w układzie tętniczym; 2) pierwotnych chorób mięśnia sercowego i 3) chorób narządu nerwowego serca. W 1-éj grupie może się rozchodzić tylko o nieprawidłowe opory w układzie tętnicy płucnéj lub głównéj lub obu. Przewlekłe choroby płuc

(rozedma, zrost blaszek opłucny, marskość i t. d.) prowadzą do powiększenia prawéj komory, a nawet do względnéj niedomykalności zastawki trójdzielnéj. Powiększenie lewego serca, wywołane przez powiększone parcie w układzie tętnicy głównéj, napotyka się najczęściéj w przewlekłéj chorobie Brighta. Może ono wytworzyć się także w zapaleniu miedniczek nerkowych i nerek, daléj jako następstwo trwale podwyższonego parcia wskutek nadmiernego używania pokarmów i napojów przy ograniczonéj czynności mięśni z jednéj lub też w następstwie długo trwającéj natężonéj czynności z drugiéj strony. Jako nadmierne natężenie serca opisuje T. czwarty rodzaj powiększenia serca, które powstaje wskutek jednorazowego (postać ostra) lub kilkorazowego (postać przewlekła) silnego rozdęcia komórki podczas nadmiernych wysileń cielesnych. Dalėj opisuje rozszerzenie u ludzi z wrodzoną wąskością układu tętnicy głównéj i wskutek trudów wojennych. Omawiając powiększenie serca drugiéj grupy (choroby mięśnia sercowego) nie przypuszcza F. pojęcia obrazu chorobowego „serce tłuszczowe“, tj. otoczenia, względnie przerośnięcia tłuszczem i zwyrodnienia tłuszczowego włókien mięsnych. Następnie zastanawia się nad rozszerzeniem serca podczas i po ostrym gośccu stawowym, w błonicy i innych chorobach zakaźnych, jakoteż wskutek długiego leżenia w łóżku i nadmiernych wybryków *in Baccho et Venere*. Do tych dołącza anatomicznie wykazalne zmiany, jak zrośnięcie osierdzia z opłucną, zapalenie mięśnia sercowego, stwardnienie tętnic wieńcowych itp. W 3 ciéj grupie (powiększenie wskutek chorób aparatu nerwowego serca) omawia chorobę Basedowa, zmiany po nadużywaniu tytoniu i wyskoku, jakoteż po wpływach umysłowych. (*Münch. med. Woch.*, 1889, Nr. 41).

Sprawozdanie komitetu towarzystwa lekarskiego w Londynie o obrzęku śluzowym.

Na podstawie uzyskanych szczegółów dochodzi komitet do następujących wniosków: 1) obrzęk śluzakowy jest chorobą dobrze nacechowaną; 2) ulega jéj więcéj kobiet, niż mężczyzn; chorzy znajdują się najczęściéj w średnim wieku; 3) spostrzeżenia kliniczne i patologiczne z pewnością stwierdzają, że objawem, wspólnym wszystkim przypadkom, jest destruktywna zmiana gruczołu tarczykowego; 4) ta zmiana polega na nowowytwarzaniu się delikatnéj włóknistéj tkanki w miejscu właściwéj tkaniny gruczołowéj; 5) często przydarza się powiększenie tkanki łącznéj śródmiąższowéj w skórze, mniéj często w trzewach; 6) podczas gdy zmiany w skórze, wypadanie włosów i zębów, powiększenie ciężaru ciała, wytłomaczyć można z zmienionych stosunków anatomicznych, to ostatnie nie wyjaśniają zboczeń w mowie, w ruchach, w czuciu, w świadomości i inteligencyi, zajmujących szerokie pole wśród objawów téj choroby; 7) powiększenia ilości mucyny w tkankach nie można było wykazać we wszystkich przypadkach; w części może to na tem polegać, że ilość mucyny w przebiegu choroby ulega znacznym wahaniom, a często krótko przed śmiercią znika; 8) wyłuszczenie gruczołu tarczykowego u zwierząt, szczególnie u małp, sprowadza u nich obrzęk śluzakowy; sąsiednich nerwów ani tchawicy nie zraniono podczas doświadczeń, przeciwgnilnie przeprowadzonych; 9) u zwierząt tych wykazano znaczną ilość mucyny we krwi i w rozmaitych tkankach; 10) *cachexia strumipriva* równa się w swych objawach zupełnie obrzękowi śluzakowemu; 11) gdzie wyłuszczenie gruczołu przebiegało bez tego rodzaju objawów, istniał prawdopodobnie gruczoł dodatkowy lub wyłuszczenie było niezupełne lub spostrzeganie chorych nie było dostatecznie długiem; 12) inne przyczyny, podane celem wytłomaczenia powstania obrzęku śluzakowego po wycięciu gruczołu tarczykowego, jakoto: zranienie sąsiednich narządów lub wpływy endemiczne, można jako bezpodstawne odrzucić przez dokładny rozbiór znanych przypadków; 13) za tem przemawia i to, że *cachexia strumipriva* występuje równocześnie u mężczyzn i kobiet, podczas gdy *myxoedema* wyszczególnia kobiety; 14) obrzęk śluzakowy u dorosłych przebiega wśród tych samych objawów, co sporadyczne matołectwo u dzieci. Obrzęk śluzakowy jest prawdopodobnie identyczny z *cachexia strumipriva* i stoi w bardzo bliskiem pokrewieństwie z endemicznem matołectwem. (*Berl. kl. Woch.*, 1889, Nr. 42).

Medycyna wewnętrzna.

Nothnagel (Wiedeń): **O patologii i leczeniu marskości wątroby.**

Przed 70-ciu laty opisał Laënnec chorobę cechującą się żółtem zabarwieniem, bujaniem tkanki łącznéj i zanikiem wątroby, którą nazywał marskością wątroby. Od niedawna dopiero znamy chorobę odznaczającą się bujaniem tkanki łącznéj i przerostem wątroby, którą nazwano marskością wątr. przerostową lub też żółtaczkową (*Cirrhosis biliaris*). Jestto choroba z wybitnie przewlekłym przebiegiem. Wątroba przybiera wymiary bardzo wielkie i staje się twardszą. Powierzchnia zaś jéj pozostaje zupełnie gładką. Śledziona również jest zwiększona, twardsza, o powierzchni gładkiéj, kształt jednak zachowuje pierwotny. Jako dalszy objaw cechujący wspomnieć należy o żółtaczce, która téj postaci marskości zawsze towarzyszy. Za to brakuje puchliny brzusznéj, jest to objaw ujemny tem ważniejszy, że w innych chorobach wątroby, a szczególnie w zanikowéj postaci marskości puchl. brzuszna należy do objawów cechujących. Inne objawy jak: wychudnienie, znużenie, zaparcie stolca, przemijające zboczenia wzroku nie mają znaczenia rozróżniającego, jak również te przypady, które żółtaczka za sobą pociąga, jak swędzenie, krwawienia z nosa, żółtowidzenie. Co do czynników przyczynowych już nie ulega żadnéj wątpliwości, że przewlekłe otrucie zaduchem bagiennym bardzo często tą chorobę wywoływa, którą przez to nazywano: *Cirrhosis hypertrophica hepatis e malaria*. Nadużywanie napojów wyskokowych, które po największéj części wywoływa marskość zanikową, może w niektórych razach sprzyjać rozwojowi postaci przerostowéj téj choroby. Ciekawą i właściwą przyczynę stanowi zastój żółci. Stwierdzono klinicznie i wykazano doświadczalnie, że zastój żółciowy powstały z jakiegobądź powodu może doprowadzić do rozwoju przerostowéj marskości wątroby: *Cirrhosis hep. biliaris* w ścisłem tego słowa znaczeniu. Obok zanikowéj i przerostowéj marskości, chorób etyjologicznie i klinicznie zupełnie odmiennych, istnieją postacie przejściowe tak, że czasem trudno rozstrzygnąć, do któréj postaci ten lub ów przypadek należy. Rokowanie jest niedobre. Są jednak znane przypadki téj choroby, w których nastąpiło zupełne wyzdrowienie. Co do leczenia, to można osiągnąć zadziwiająco dobre skutki za pomocą kalomelu. Przepisujemy środek ten w dawce 0·05, 3—4 razy dziennie przez 3 dni, a po 2—3 dniowéj przerwie znowu przez kilka dni, ale już w większych dawkach. Leczenie przez Semmolę polecane i polegające na odżywianiu chorego przez tygodnie i miesiące wyłącznie mlekiem daje również bardzo dobre wyniki. Obok tego poleca się jodek potasowy albo sodowy w coraz większéj dawce. (*Internat. klin. Rundschau*, 1889, Nr. 49, 50). *Dr. Spira.*

Edward Krull: **Najnowsze spostrzeżenia i doświadczenia nad leczeniem suchot płucnych za pomocą wdychiwania wilgotnego, ciepłego powietrza.**

K. przypuszcza, że płuco, które uległo gruźlicy, już pierwéj w swéj konstytucyi było osłabione, gdyż inaczéj nie możnaby wytłomaczyć, dlaczego tak wiele ludzi, stykających się przez wiele lat codziennie w najnieostrożniejszy sposób z suchotnikami, przecież nie ulega gruźlicy, a z tego czyni wniosek, że wyleczenie płuca z gruźlicy osiągnąć można tylko przez usunięcie jego ustrojowego osłabienia. To ostatnie uważa K. za możebne tylko przez powiększenie zawartości krwi w płucu, a w tym celu używa wziewania ciepłego powietrza, nasyconego wilgocią. Prof. Heller w rozprawie o ochronie przed gruźlicą twierdzi, że tylko płuco w krew bogate może stawić skuteczny opór wtargnięciu prątków gruźliczych. Bardzo wiele trudności nastręczyło K. jego postępowanie przy określaniu granic téj metody, gdyż wszystko od tego zależy, aby o ile możności jak najwięcéj krwi do płuca doprowadzić bez drażnienia chorych części płuc. Z początku sądził, że uczynił zadość obu tym wymaganiom, gdy ciepłotę powietrza wziewanego oznaczył na 45°C., a trwanie posiedzenia na 30—40 minut, powoli obniżył ciepłotę do 36 lub 37°C., a posiedzenie do 15—20 minut. Od powietrza, nasyconego wilgocią, którego ciepłota odpowiadała prawidłowéj ciepłocie ciała, mógł się spodziewać, że nawet bardzo czułych chorych części płuc nie będzie drażniło, zachodziło tylko pytanie, czy takie powietrze sprowadzi też powiększony dowóz krwi do płuca. Wszędzie w płucu, także w pęcherzykach, chociaż nie w tym stopniu, jak w oskrzelach, jest powietrze zwyczajnie chłodniejsze niż krew. Przez to drażnienie zimna zostaje cała

sieć naczyniowa ścian pęcherzyków i oskrzeli do pewnego stopnia zwężoną. To zwężenie więc usuwa dostanie się wilgotnego powietrza o 36—37°C. K. przytacza historyje choroby pięciu suchotników i wyniki osiągnięte przez wdychanie wilgotno-ciepłego powietrza o 36—37°C. przez przeciąg dwóch miesięcy; innych leków nie stosował, także sposób życia i odżywianie się nie uległo zmianie. Z opisów tych widać, że zmiany przedmiotowe płuc po części ustąpiły, prątków, pierwéj licznych, obecnie w preparatach nie ma, objawy podmiotowe znacznie się poprawiły, ciężar ciała o wiele się podniósł. (*B. k. W*, 1889, Nr. 41). *Dr. Bf.*

Choroby dzieci.

Loos (Graz): **O zapaleniu nerek pierwotnem u dzieci.**

Autor przytacza siedm przypadków chorych na zapalenie nerek, u których ani badanie przedmiotowe ani wywiady nie mogły wykazać żadnéj choroby zakaźnéj, któraby dawała podstawę dla powstania zapalenia nerek. Co do etyjologii tych przypadków wspomina, że w jednym była świerzbiączka, wyleczona jednak na rok przed wystąpieniem zapalenia nerek, trzy razy można było stwierdzić przebyty wyprysk zwykły, w jednym przypadku rodzice odnosili zapalenie nerek do zaziębienia, w jednym wreszcie wywiady dały wynik ujemny. Co do przebiegu, jest L. zdania, że nie ma się tu do czynienia ze sprawą jednolitą, trzy przypadki zakończyły się śmiercią, badanie pośmiertne wykazało obok zapalenia nerek rozlanego ostrego we wszystkich trzech przypadkach powikłania ze strony błon surowiczych, jakoto: zapalenie opon, opłucny lub otrzewny. Te przypadki stawia autor w jednym rzędzie. Powikłania zaś takie są w ostrem zapaleniu nerek dość częstemi. Pozostałe 4 przypadki przebiegały pomyślnie z mniéj lub więcéj długim okresem trwania (10 do 33 dni). Zachowanie się moczu było takie, jakie bywa w ostrem zapaleniu nerek: ilość moczu zmniejszona, białko (często w wielkiéj ilości do 2·20%) krew (nie we wszystkich przypadkach) w osadzie składniki w zapaleniu nerek ostrem występujące. Poszukiwanie mikroorganizmów nie dało jednolitego obrazu, w dwóch przypadkach było zupełnie ujemne. Gorączka bez toru lub jéj brak, puchlinę w każdym przypadku stwierdzono, w różnym jednak stopniu. Leczenie stosował autor obojętne, unikając tylko bodźców szkodliwych. W końcu czyni L. wniosek, że samoistne, pierwotne zapalenie nerek u dzieci istnieje, że powodem tegoż są najprawdopodobniéj mikroorganizmy a może i toksyny. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, XXX., 4). *Dr. Kaden.*

Henoch (Berlin): **Uwagi nad błonicą**

H. zastanawia się nad 192 przypadkami błonicy, spostrzeganemi w ostatnim czasie w Charité, wszystkie przypadki błonicy właściwéj. Wykluczone są wszelkie przypadki błonicy płonicowéj i przypadki wątpliwe. Bakteryjologija nie wiele tu rozstrzygnie, gdyż przypuszczenie, że mikroby Klebsa-Löfflera rzeczywiście błonicę sprowadzają, nie jest pewnem. Pod względem anatomicznym są powyższe choroby bardzo podobne do siebie. Do rozpoznania prawdziwéj błonicy rozstrzygającemi są następujące objawy: obustronność choroby, zajęcie kątów łuków podniebiennych i języczka, białkomocz, zajęcie nosa, zaraźliwość, podczas gdy obrzmienie gruczołów podszczękowych ani gorączka wcale nie rozstrzygają. Między 192 przypadkami było 1 0 razy tylko gardło zajęte, a 82 razy przeszła choroba w krup. Z pierwszych umarło tylko 32. z ostatnich nie operowano 12 tu dzieci z powodu rozmaitych przeciwwskazań i wszystkie pomarły. Z 70 ciu z tracheotomiją umarło 61 (wyzdrowienie 13%). Jeżeli do tego damy 341 pierwéj wykonanych tracheotomij, otrzymamy 15% wyleczenia. Przyczyny téj wielkiéj śmiertelności: rozszerzenie się choroby najczęściéj do głębszych oskrzeli, wielka część dzieci dotknięta była gruźlicą, krzywicą, wyniszczeniem i t. d., odróżnienie błonicy od idyjopatycznego dławca było ścisłe. Z poszczególnych objawów należy wspomnieć o gorączce, któréj właśnie w ciężkich przypadkach może niedostawać, za to w pomyślnych może być bardzo wysoką. Także inne ciężkie choroby zakaźne przebiegają, zwłaszcza u małych dzieci, bez gorączki (zapalenie włóknikowe płuc, zapalenie opon). Obrzmienie gruczołów podszczękowych nie zawsze bywa, ropienie jest rzadkie. Rozszerzenie się pokładu błonicowego jest dla rokowania rozstrzygającem. Zajęcie podniebienia twardego, języka, policzków jest niepomyślnem, tak samo rozpoczęcie się choroby na wargach ust, częściach rodnych, około otworu stolcowego. Zajęcie nosa jest znakiem groźnym, ale nie bezwarunkowo złym; było ono tylko wyjątkowo jednostronnem. Tylko w 2 ch na 110 przypadków wystąpił białkomocz późno, 24 go względnie 15-go dnia po oddzieleniu się błon. Obrzęki są tu o wiele rzadsze, niż w zapaleniu nerek płonicowem. Mocznicy nigdy nie spostrzegał. Tylko raz obrzmienie stawów kolanowych bez gorączki. Objawy krupowe znikały często także bez operacyi. Tylko raz wystąpiły porażenia mięśni ocznych i bezgłos. Polecone także w nowszych czasach środki okazały się w cięższych przypadkach bezwarunkowo nieskutecznemi. Kreozot, ol. terpentynowy, arszenik, miejscowe zastosowanie kwaśn rozcz. sublimatu, jodtribromid, ol. miętowy, kwas octowy nie wywierały w ciężkich przypadkach lepszego skutku, niż zwykłe sposoby leczenia. Kwas octowy (ocet do płukania, u małych dzieci jako spray) działał przeciwgnilnie. (*B. k. W.*, 1889, Nr. 43).

Chirurgija.

E. Herczel (Heidelberg): **O operacyjach na nerkach.**

Od r. 1878 wykonał Czerny 33 razy nefrektomiję, 7 razy nefrotomiję, 3 razy nefrolitotomiję, 2 razy pyelolitotomiję, 3 razy nefrorafiję, 8 razy punkcyję z powodu puchliny nerkowéj. 2 razy wyłuszczenie *myxolipoma* z torebki tłuszczowéj nerek.

Nefrektomije (wiek 11 miesięcy do 50 lat). 47% przetrzymało trwale zabieg. Wskazania: a) puchlina nerkowa 4 razy; 4 przypadki śmierci (mocznica z powodu braku drugiéj nerki, zapalenie otrzewnéj, gnilny zakrzep żyły nerkowéj); b) przetoki moczowodowo-pochwowe, wyleczenie niemożności zatrzymania moczu; c) nowotwory złośliwe: 1 gruczolak, 2 raki, 6 mięsaków, 3 mięsakonaczyniaki. Z tego wyzdrowiało trzech chorych (25%). z których jednak dwóch później umarło wskutek przerzutów i miejscowego nawrotu, ostatni przypadek pomimo następowego zupełnego wycięcia torebki tłuszczowéj. Przyczyną śmierci pierwszych 9 przypadków było: 5 razy zapad, 2 razy zapalenie otrzewnéj, raz obrzęk płuc i raz tężec. d) Ropnie nerkowe (pyonefroza, gruźlica). Tu jest choroba nerek zwykle pierwotną, ropień okołonerkowy następowy, dlatego posiada nefrektomija bardzo dobre widoki. Z 11-tu przypadków wyzdrowiało 9, jeden umarł wskutek gnilnego zakażenia krwi, a drugi zginął 8 dni po zabiegu z powodu wrodzonego braku drugiéj nerki. Z powodu zapalenia miedniczek z kamykami wykonano nefrektomiję 5 razy, 2 wyleczone, 3 umarły. Nefrotomiję z powodu pyonefrozy wykonano 7 razy, dwóch operowanych umarło, u 4-ch później wykonano nefrektomiję, jeden z trwałem polepszeniem. H. uważa więc nefrotomiję w pyonefrozie tylko wskazaną jako rękoczyn przedwstępny wyłuszczenia u bardzo osłabionych chorych lub gdzie istnieje uzasadnione podejrzenie zachorowania drugiéj nerki. Nefrolitotomiję wykonano 3 razy, wszystkie 3, kobiety, umarły, gdyż obie nerki były zajęte. Pyelotomiję 4 razy z powodu podejrzenia obecności kamienia miedniczki. Tylko w dwu przypadkach znaleziono kamienie w miedniczce, którą późniéj zaszyto; 2 razy nie znaleziono żadnych kamyków mimo typowych napadów kolki. Wyłuszczenie torebki tłuszczowéj nerek z powodu ogromnych tłuszczaków śluzowych za pomocą środkowego cięcia brzusznego. Wyleczenie; nerek nie zraniono. Co do techniki nefrektomii to cięcie lędźwiowe okazało się bezwarunkowo mniéj niebezpiecznem, niż cięcie brzuszne. Do podwiązania szypułki używa ligatury elastycznéj, a po za nią z silnego jedwabiu. Do leczenia następowego używa C. z dobrym wynikiem tamponady jamy rannéj knotami jodoformowemi. Dla poznania czynności drugiéj nerki uważa H. tymczasowe założenie przetoki miedniczkowo-brzusznéj za jedynie pewny sposób. (*B. k. W.* 1889, Nr. 43).

Boenecken (Rostok): **O wynikach wyłuszczania żylaków odnóg dolnych.**

W klinice chirurgicznéj Madelunga leczono w przeciągu 7-iu lat 22 przypadków żylaków przez wyłuszczenie; operowano tylko przypadki najcięższe, sprawiające bardzo znaczne dolegliwości. Istnienie wrzodów nie stanowiło przeciwwska-

zania do tego zabiegu, lecz usuwa się je albo tylko przez opatrywanie gazą jodoformową, lub przez wyskrobywanie ostrą łyżeczką, lub wreszcie według Nussbauma przez okrojenie. Po uśpieniu chorego spuszcza się odnogę obok stołu, aby żyły podskórne się wypełniły, zakłada się wąż elastyczny tak, aby dopływ krwi przez tętnice nie uległ przerwaniu, wtedy żyły dobrze wypełnione dokładnie się uwidoczniają. Teraz długiem cięciem podłużnem odsłania się rozszerzone sploty żylne i drogą tępą po podwiązaniu najwięcéj dośrodkowo położonéj części wyłuszcza się rozszerzone żyły. Po skończonem wyłuszczeniu i odjęciu węża podwiązuje się otwarte końce żył. Operacyja przebiega z bardzo małą utratą krwi, a krwotokom następowym należy zapobiedz opatrunkiem mocno uciskającym i 24-godzinnem pionowem zawieszaniem kończyny. Powstałe liczne kieszenie skórne drenuje się przez założenie małych otworów lub rurek gumowych; szwem ciągłym zespajamy szybko wielką ranę skośną. Do opatrunku używają w Rostoku gazy jodoformowéj i poduszek z mchu; unieruchomienie stawów. Na zasadzie tych doświadczeń dochodzi B. do tego wniosku, że przez dobrze przeprowadzone wyłuszczenie żył usuwamy regularnie i trwale dolegliwości chorych (uczucie zmęczenia, ból, kurcz w łydkach), jako też zmiany skóry (wypryski, wrzody). Jako przykład przytacza B. 14 przypadków skutecznie w ten sposób leczonych żylaków. Okoliczność, że doszczętne wyłuszczenie żył sprowadzić może trwałe wyleczenie, może przyczynić się do zrozumienia właściwéj przyczyny wytwarzania się żylaków. Gdyby choroba ta rzeczywiście była w pierwszéj linii następstwem mechanicznego utrudnienia w wypróżnianiu się żył, w takim razie wyłuszczanie części żył skórnych odnogi mogłoby tylko sprowadzić wyleczenie przemijające, a ponowne podjęcie robót, w przebiegu których pierwéj nabyto żylaki, musiałoby bezwarunkowo prowadzić po pewnym czasie do rozszerzenia pozostałych żył skórnych. Pierwotna przyczyna właśnie najgorszych postaci wytwarzania się żylaków leży bez wątpienia we wrodzonych lub nabytych zmianach budowy saméj ściany żylnéj i jéj otoczenia. Występujące przeszkody w krążeniu krwi (zatrudnienia zawodowe) działają tylko sprzyjająco. (*Brl. kl. W.* 1889, Nr. 38).

Okulistyka.

E. Fuchs (Wiedeń): **Keratitis punctata superficialis.**

Ponieważ kilku oftalmologów wiedeńskich, jak Reuss (spraw. P. L. r. z. str. 604), Stellwag, Adler ogłosili swoje spostrzeżenia o téj nowéj chorobie ocznéj, dla tego podaje prof. F. swoje zapatrywanie o niéj. Postać powierzchownego zapalenia rogówki zbliżona do *Herpes febrilis corneae*, lecz nie łącząca się z wytwarzaniem pęcherzyków, jest następująca: choroba zaczyna się wśród objawów ostrego zapalenia spojówki. Ma ona pewne podobieństwo do ostrego nieżytu, różni się jednak od niego tem, że nastrzykanie rzęskowe uderzająco silnie uwydatnia się wobec nieznacznego nastrzykania spojówkowego; również wydzielina nie jest śluzową ani ropną, lecz istnieje tylko obfite łzawienie. Obok niego istnieje światłowstręt i bóle. Już to zaraz, już też dopiero po kilku dniach lub tygodniach spostrzega się zmiany w rogówce. Polegają one na obecności małych szarych plamek, ułożonych jak w *Herpes febrilis* w grupach albo w rzędach. Liczba ich wynosi albo tylko 10—20, lub też jest bardzo znaczną, do 100. Są one nieregularnie nad rogówką rozłożone, albo też głównie w środkowéj jéj części skupione; w każdym jednak przypadku są części przybrzeżne rogówki najmniéj przez plamy zajęte. Za pomocą lupy oglądane przedstawiają się plamy dosyć ostro odgraniczone i z bardzo drobnych punktów złożone; podobne punkta, tylko mniéj gęsto ułożone zajmują także resztę rogówki. Plamki ułożone są w powierzchownych warstwach rogówki, wyglądającéj ćmawo, ponieważ przybłonek nad plamkami jest pagórkowato wzdęty. Objawy zadrażnienia mijają prędko, plamki jednak jakoteż wejrzenie kłute powierzchni rogówki pozostają zwykle przez całe miesiące niezmienione. Bystrość wzroku nie doznaje upośledzenia, jeżeli plamki nie są bardzo liczne. Ta postać chorobowa, powierzchowne punktowate zapalenie rogówki, występuje najczęściéj u osób młodych. W $^1/_4$—$^1/_3$ części spostrzeganych przypadków zajęte były oba oczy równocześnie i najczęściéj w równym stopniu. Pod względem etyjologii mógł F. tylko tyle wykazać, że początek choroby często schodził się z nieżytem nosa lub kaszlem, często także z gorączką nieżytową. Początek choroby, występowanie jéj równocześnie z nieżytem dróg oddechowych, jakoteż uporządkowanie i powierzchowne usadowienie ognisk zbliża tę chorobę do *Herpes corneae*, a różni się od niéj brakiem pęcherzyków na twarzy, występowaniem często obustronnem, krótszem trwaniem objawów zapalnych i często wielką liczbą plamek. Szczególnie ważnem jest, że w niéj nigdy nie ma pęcherzyków na rogówce, nigdy utraty przybłonka lub nawet wrzodu, nigdy hypopyon lub zapalenia tęczówki. (*Wien. kl. Woch.*, 1889, Nr. 44).

Położnictwo.

Dührssen: **O znaczeniu głębokich nacięć szyjki i międzykrocza w położnictwie.**

Skutsch pierwszy podał głębokie nacięcia szyjki w tych nierzadkich przypadkach, w których podczas porodu przy ujściu macicznem niedostatecznie otwartem występuje niebezpieczeństwo, zagrażające matce lub dziecku, wymagające szybkiego ukończenia porodu. Mimo zdań przeciwnych użył D. tego postępowania w 10 ciu przypadkach, z których tylko jeden odnosi się do wieloródki z wąską miednicą, podczas gdy pozostałe 9 są to pierwiastki; 8 razy wydobyto po wykonaniu nacięć łatwo za pomocą kleszczy żywe płody, a tylko raz przyszło dziecko nieżywe na świat; rozchodziło się tu o położenie pośladkowe. Matki wszystkie pozostały przy życiu, chociaż już trzy z nich dotknięte były zakażeniem gnilnem. Zarzuty podniesione przeciw temu postępowaniu uważa D. za bezpodstawne. Głębsze rozdzieranie się z następowym krwotokiem mogłoby nastąpić tylko przy powierzchownych nacięciach, tylko niedostatecznie rozszerzających ujście maciczne. Jeżeli się jednak nacięcia tak wykonywa, że one sięgają aż do przyczepienia się pochwy, wtedy nigdy nie spostrzega się dalszego naddarcia i odpowiednio do tego jest też krwotok tak nieznaczny, że nie wymaga żadnego dalszego wkraczania. Niebezpieczeństwa zakażenia gnilnego można uniknąć przez przeciwgnilne przeprowadzenie porodu, tak samo nie przydarzyły się następowe zakażenia z macicy. D. uważa to postępowanie za wskazane: 1) u starych pierwiastek, u których niepodatność dróg porodowych miękkich stanowi przeszkodę porodową; 2) w przypadkach rzucawki, w których część nadpochwowa szyjki już zanikła, a za pomocą nacięć można poród w sposób bezpieczny ukończyć; 3) w miednicy płaskiéj, aby nie minęła korzystna chwila do zapobiegawczego obrotu. W danym razie możnaby użyć tego postępowania w razie wypadnięcia pępowiny i łożyska poprzedzającego u pierwiastek, aby po niem natychmiast wykonać wydobycie płodu. Tylko wyjątkowo będzie to wskazanem także u wieloródek, jeżeli część pochwowa stała się sztywną i niepodatną. Technika jest całkiem prostą. D. nacina bez pomocy wziernika, pod kierownictwem dwóch palców, ustalając brzeg ujścia macicznego między palcami i nacinając nożyczkami Siebolda. W kilku przypadkach nacinał między dwoma kleszczykami, co się nadzwyczaj poleca. W dołączeniu do tych nacięć szyjki nacinał D., gdy rozchodziło się o przezwyciężenie oporów ze strony pochwy i międzykrocza, z dobrym wynikiem dolną trzecią część pochwy. (*W. m. W.*, 1889, Nr. 44).

Choroby skórne i weneryczne.

G. Mandry (Kolonia): **O leczeniu kiły wstrzykiwaniami oleju szarego.**

W oddziele kiłowym szpitala główny zastęp chorych, bo 4/5, stanowią kobiety, z których prawie wszystkie pozostawają pod dozorem policyjnym. Tygodniowe badanie nierządnic powierzono dwom, do szpitala nienależącym lekarzom, którzy po stwierdzeniu choroby badane natychmiast odsyłają do szpitala; po jego opuszczeniu rozpoczyna się znowu kontrola lekarska. To postępowanie umożliwia nietylko bezstronne ocenianie osiągniętych wyników leczniczych, lecz także przez wiele lat trwające spostrzeganie jednego przypadku, które wśród innych stosunków byłoby niemożebnem. M. podaje wyniki osiągnięte przez wstrzykiwanie *ol. ciner.* w kile, którego używano według przepisu Langa: *Hydrar-*

gyri, Lanolini aa 3·0, adde ol. oliv. 4·0; do wstrzykiwania używano strzykawki przyrządzonéj przez Reinera, pół grama zawierającéj; wstrzykiwano w pośladki po oczyszczeniu mydlem, szczotką i sublimatem 1‰; po wyciągnięciu igły pokryto otwór wkłucia za pomocą jodoform-kolodium, mięsiono kilka sekund. Aby uniknąć niebezpieczeństwa bezpośredniego wstrzykiwania do żyły, odejmował strzykawkę od igły, a wstrzykiwał, gdy przez igłę nie wypływała krew. Wstrzykiwania były bardzo mało bolesne. Co 8 dni wstrzykiwano 0·3 *ol. ciner.* Gdy objawy zaczęły ustępować, a najpóźniéj po 5-ciu tygodniach, (więc 5 wstrzyknięć) zaprzestano wstrzykiwać, aby, gdy potrzeba było, po dłuższéj przerwie 6—8 tygod. na nowo zacząć. Opierając się na 107-miu chorych, podaje M. następujące wyniki: oléj szary jest środkiem przeciwkiłowym, który co do pewności działania nie stoi niżéj od żadnego z używanych leków, co do szybkości jednak działania przewyższa go nieco szara maść i kalomel. Sposób ten nie jest niebezpiecznym, dopóki dawka nie przekracza dozwolonych granic i dopóki chorzy, których uwagę zwrócono na niebezpieczeństwo zapalenia jamy ust, pamiętają o dokładnem jéj oczyszczaniu. Prawie bezwzględna niebolesność wstrzykiwań pozwala na leczenie ambulatoryjne chorych; sposób użycia: co 8 dni jedno wstrzyknięcie, jest nadzwyczaj wygodny; są to wszystko zalety, z powodu których środek ten słusznie zasługuje na polecenie dla lekarza praktycznego, w leczeniu szpitalnem zaś, gdzie nie brak fachowéj kontroli, zasługuje leczenie wcieraniami na pierwszeństwo. *(Deut. med. Woch.*, 1889, Nr. 35). *Dr. Baschkopf.*

Medycyna sądowa.

Daniłło: **Hypnotyzm i jego znaczenie lecznicze i sądowo-lekarskie.**

Aby wobec rozmaitych zdań o wartości hypnotyzmu pod względem leczniczym dojść do jakiegoś wniosku, D. robił doświadczenia na chorych nerwowych i umysłowych, posługując się tak snem hypnotycznym samym, jako też snem i sugestyją słowną, wykluczając wszelkie leki. Oba te sposoby okazały się całkiem bezskutecznemi wobec porażeń ruchowych, będących następstwem zmian organicznych w mózgu lub rdzeniu. Również leczenie okazało się bezskutecznem w przypadku drżączki *(paralysis agitans)*, u 3 epileptyków i 2-ch alkoholistów. Najlepiéj działa leczenie hypnotyzmem w rozmaitych postaciach histeryi, chociaż recydywy należą do prawidła. W chorobach umysłowych nigdy D. nie widział po stosowaniu hypnotyzmu nie tylko wyleczenia, ale nawet polepszenia, przeciwnie czasem mógł sprawdzić pogorszenie omamów słuchowych i czuciowych. Nie spodziewa się więc, aby leczenie to w chorobach nerwowych i umysłowych kiedyś mogło nabyć jakiegoś znaczenia.

Pod względem sądowo-lekarskim D zastanawia się naprzód nad pytaniem, czy uśpienie człowieka mimo jego woli i wiedzy jest możebnem. Autorowie dzielą się w téj mierze na dwa obozy; D. oświadcza się za możnością wywołania snu wbrew woli człowieka, albo przynajmniéj bez względu na jego życzenie, zwłaszcza u osób histerycznych płci obojéj. Inaczéj się ma rzecz z sugestyją. Jest ona nasamprzód tylko ludziom i to nie wszystkim właściwą; są ludzie popadający w stan hypnotyczny, a jednak niedostępni sugestyi; podlegają jéj łatwiéj osoby histeryczne, aniżeli osoby cierpiące inne nerwice. W stanie snu hypnotycznego ustaje oddziaływanie na podniety zewnętrzne, lub przynajmniej zmniejsza się w wysokim stopniu; z osobą uśpioną można więc przedsiębrać rozmaite czynności, podczas gdy ona do obrony nie jest zdolną; na osobie zatem uśpionéj mimo jej woli przedsiębrać można czynności bezprawne, a pod tym względem D. zgadza się z autorami francuskimi (Brouardel, Ladame, Gilles de la Tourette). Na pytanie, czy osoby zahypnotyzowane mogą wykonywać czynności poddawane im w stanie snu, D. na podstawie doświadczeń cudzych i własnych odpowiada, że pod wpływem sugestyi odporność człowieka z początku maleje, a następnie całkiem znikać może; osoba taka zatem w stanie czuwania może wykonać cały szereg czynności, a więc i takie, które mają znamię zbrodni świadoméj; jednak postępowanie nie jest wynikiem woli, ponieważ osoba ta znajduje się pod wpływem wyobrażenia przymusowego. Ponieważ jednak niektóre fakta za tem przemawiają, że i hypnotycy są w stanie walczenia z wyobrażeniami sobie narzuconemi, więc kwestyja ta wymaga jeszcze dokładnéj kontroli, a pytanie co do automatyzmu działania sugestywnego musi pozostać jeszcze otwartem.

Celem przesłuchania sądowego nie wolno posługiwać się sugestyją, bo jeżeli hypnotyk na pytanie zmuszony jest odpowiedzieć, nie można wiedzieć, czy podniety zewnętrzne przyjmuje poprawnie i jak na nie oddziaływa. Następnie uczy doświadczenie, że w stanie hypnozy złudzenia czuciowe odgrywają znaczną rolę, a wreszcie pozbawienie wolności działania nie pozostaje w zgodzie z ideą sprawiedliwości, a zeznanie nieświadome nie może uchodzić za poprawne. W ogóle nie jest zadaniem lekarzy wkraczać w zakres sędziego śledczego i wymuszać zeznanie sztuczkami. A jeżeli się rozchodzi o zbrodnię, w któréj udział hypnozy lub sugestyi się podejrzywa, należy uwzględnić, że w hypnotyzmie zdarzają się żywe złudzenia zmysłowe, pod wpływem których i po przebudzeniu czynności człowieka przez pewien czas pozostawać mogą. A ponieważ hypnotycy mimowolnie dopuszczać się mogą nieuzasadnionych obwinień, więc rzeczą w ogóle jest wskazaną, aby lekarz tylko w obecności osoby trzeciéj hypnotyzowanie stosował.

Znaną jest rzeczą, że nieostrożnie lub zbyt często wykonywane hypnotyzowanie może sprowadzić szereg ciężkich objawów nerwowych. Dlatego D. oświadcza się za zakazem publicznych przedstawień i reklam hypnotyzerów, ogłaszanych zwłaszcza w gazetach. Również nie jest wskazanem popularyzowanie wiadomości o hypnotyzmie, objawy bowiem hypnotyczne spostrzegane u człowieka po części są chorobowe, a po części sztucznie wywołane, a zatem poznawanie ich powinno pozostać wyłączną własnością lekarzy, (*W. med. Presse* 1890, Nr. 13 i 14). *L. B.*

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

L. 7.507. **Okólnik**

do wszystkich Panów c. k. Starostów.

Zarówno sprawozdania roczne z podróży peryjodycznych c. k. lekarzy powiatowych, jakoteż i sprawozdanie poglądowe za ubiegłe pięciolecie z małemi wyjątkami są tak ogólnikowo i niedbale sporządzone, że nie dają wcale żadnego wyobrażenia o stosunkach zdrowotnych w powiecie.

Ponieważ przypuszczać należy, że tylko nieznajomość tut. instrukcyi, wydanéj rozporządzeniem z dnia 13 czerwca 1880 l. 30577, jest powodem tak niedostatecznego opracowania sprawozdań z podróży peryjodycznych, przeto przesyła się Panu c. k. Staroście ponownie dwa egzemplarze téj instrukcyi z wezwaniem pozostawienia 1 egz. przy akcie, a udzielenia drugiego egzemplarza tamtejszemu c. k. lekarzowi powiatowemu do ścisłego przestrzegania.

Rozumie się, że podniesione w § 15 téj instrukcyi sprawy weterynarne mają być w sprawozdaniu lekarskiem tylko o tyle uwzględnione, o ile wpływają na stan zdrowia ludzi, n. p. niewłaściwie umieszczona rzeźnia, targowica, wykonywanie policyi targowéj i t. d.

Ponieważ z dniem 31 marca b. r. kończy się rok pierwszy drugiego pięciolecia (tut. rozp. z 15 lut. 1884, l. 82704), przeto Namiestnictwo oczekuje do końca kwietnia b. r. sprawozdań c. k. lekarza powiatowego o zwiedzonéj piątéj części powiatu, opracowanych według powyżéj udzielonéj instrukcyi, o ile te sprawozdania dotychczas nie zostały Namiestnictwu przedłożone.

Na rok zaś bieżący udzieli Pan Starosta polecenie c. k. lekarzowi powiatowemu co do drugiéj seryi gmin tamtejszego powiatu, a sprawozdanie z téj czynności należy do końca roku 1890 Namiestnictwu przedłożyć i na przyszłość też tego terminu przestrzegać.

Lwów, dnia 1 kwietnia 1890. *Badeni.*

Instrukcyja dla lekarzy rządowych, dotycząca podróży peryjodycznych i sprawozdań z tychże.

1) Celem podróży peryjodycznych jest przekonanie się, czyli bywają wykonywane czynności zdrowotne: a) wchodzące w zakres czynności zarządu państwowego (*Staatsverwaltung*);

b) jak też w samoistny i c) poruczony zakres działania gmin (§ 2, 3 i 4 ustawy z 30 kwietnia 1870).

2) Lekarz ma przeto w każdéj miejscowości, którą zwiedza, przekonać się, czyli wszyscy w téjże miejscowości osiedleni doktorowie, chirurdzy, weterynarze, akuszerki i cyrulicy zgłosili się w c. k. Starostwie i udowodnili uprawnienie do wykonywania swego zawodu i czy są umieszczeni w spisie Starostwa; daléj czy nie wykonywają tych czynności osoby do nich nie uprawnione.

3) Wykonać rewizyję wszystkich w miejscowości znajdujących się zakładów zdrowotnych wymienionych w § 2 lit. b) i podać w sprawozdaniu, czy takowe odpowiadają wymogom higijeny.

4) Zbadać fabryki, drobne zakłady przemysłowe i składy szmat w miejscowości się znajdujące co do ich urządzeń higienicznych, n. p. czy są suche, dobrze wentylowane i t. d., co do stanu zdrowia robotników, ich wieku, co do urządzeń wspólnych sypialń i t. d.

5) Przekonać się z ksiąg oglądaczy zwłok i duszpasterzy, czy w miejscowości nie panowały choroby nagminne, o których przełożeni gmin Starostwu nie donosili w swych 14-dniowych sprawozdaniach (rozp. Namiest. z d. 28 stycznia 1878 l. 4688) i ma wymienić choroby en- i epidemicznie w ostatnim roku (względnie od czasu ostatniéj rewizyi) tamże się zdarzające.

6) Przedsięwziąść rewizyję sklepów i składów kupców trudniących się sprzedażą trucizn i ziół lekarskich (rozp. w c. k. Minist. spr. wewn. i handlu z 21 kwietnia 1876 roku Dz. u. p. Nr. 60) wód mineralnych (rozp. z 21 czerwca 1877 l. 30.521).

7) Przekonać się przez rewizyję dzieci szkolnych, czy i z jakim skutkiem były takowe szczepione, czy nie ma w szkole dzieci chorych na cierpienia zaraźliwe, jak zapalenie egipskie ócz, choroby zaraźliwe skóry i t. d., ma w końcu podać ogólny stan zdrowotny dzieci, czy okazują objawy zołzów i kiły?

8) Przekonać się przez oglądnięcie osób dorosłych lub dzieci wskazanych mu przez wójta, duszpasterza lub innych jako podejrzane o kiłę lub inne choroby zaraźliwe. Wogóle podać ogólny stan zdrowia mieszkańców, o ile lekarz miał sposobność o tem przekonać się tak w czasie rewizyi jak i przy innéj czynności urzędowéj.

9) Ma podać ilość aptek, nazwiska właścicieli i w razie wydzierżawienia dzierżawcy i czy jest dobrze urządzoną i odpowiednio prowadzoną. (Ponieważ o stanie aptek przedkładają lekarze osobne sprawozdanie wskutek corocznéj rewizyi, przeto ma sprawozdawca wypowiedzieć ogólnikowe tylko zdanie).

10) Przekonać się, czy oglądacze zwłok są obznajomieni z czynnością i takową dokładnie wykonywają oraz czy juksta są odpowiednio wypełnione (rozp. c. k. Nam. z d. 8 listopada 1879 l. 55.225 Dz. u. kr. 86).

11) Opisać w krótkości cmentarze, wymienić, czy są odpowiednio oddalone od miejscowości i w odpowiedniem miejscu, czy są ogrodzone, drzewami zasadzone, czy dostatecznie obszerne, nie przepełnione, czy groby bywają dosyć głęboko wykopywane.

12) Podać, czy istnieją trupiarnie i czy są dobrze urządzone?

13) Zbadać i podać, w jakim stanie się znajdują i jak są utrzymane: a) drogi, ulice, place i podwórza; b) szkolne budynki, publiczne lokale, jak traktyjernie, cukiernie, domy zajezdne, szynki i mieszkania; c) czy miejscowość jest zaopatrzona kanałami, czy w domach znajdują się doły przeznaczone na odchody ludzkie i zwierzęce? i jak takowe są utrzymane (§ 3 a) ustawy zdrowotnéj).

14) a) Czy woda do picia i służąca do użytku domowego jest czysta i zdrowa? czy są w miejscowości studnie czy wodociągi i jak utrzymane? b) czy rzeki lub potoki przepływające przez miejscowość są zanieczyszczone lub nie? c) czy są sadzawki wśród miejscowości?

15) a) Czy i jak się odbywa oglądanie bydła targowego i rzeźnego? b) czy są w porządku protokóły paszportów bydlęcych; c) protokóły rewizyi bydła bitego w rzezalniach lub domach prywatnych; d) czy rzezalnie i ścierwiska są dobrze urządzone; e) targowice odpowiednio położone, czysto utrzymane i zaopatrzone odosobnionemi stanowiskami dla bydła zamiejscowego? f) czy bywa wykonywaną policyja targowa w ogólności i g) czy kataster bydła w powiatach pogranicznych ułożony i odpowiednio prowadzony? a czy inspektorowie wykonywają ściśle swe obowiązki? i) Ogólny stan zdrowia zwierząt domowych.

16) Czy są publiczne zakłady kąpielowe, łaźnie i t. d. i jak utrzymane?

17) Lekarz ma sprawdzić, czyli gmina prowadzi ewidencyję w zakładach publicznych nieumieszczonych podrzutków, głuchoniemych, obłąkanych, matołków i czy spis tychże przez gminę Starostwu przedłożony jest zgodny z rzeczywistością? oraz ma się lekarz przekonać, czy osoby te mają odpowiedne umieszczenie i pielęgnowanie? (rozp. Namiest. z 26 marca 1880 roku l. 16.034).

18) Sprawozdanie z rewizyi miejscowości ma być przedłożone według załączonego wzoru ·/. W rubryce ostatniéj ma tenże podać swe wnioski co do usunięcia usterek, które ma c k. Starostwo zarządzić.

19) Lekarze rządowi mają według niniejszéj instrukcyi przedkładać również sprawozdania ze stosunków zdrowotnych tych miejscowości, które zwiedzają z powodu tamże panującéj choroby nagminnéj w czasie odpowiednim dla takiego zbadania, a głównie na wiosnę i w jesieni.

20) Lekarz ma prowadzić dokładną ewidencyję tych miejscowości, z których w przeciągu roku złożył sprawozdanie i ma jako referent sanitarny Starostwa zebrać wszystkie w przeciągu półrocza, to jest do końca lipca i grudnia każdego roku przedłożone sprawozdania, aby takowe w odpisie Namiestnictwu w swoim czasie przedłożone zostały.

21) Rachunki za podróże peryjodyczne mają być przedkładane według instrukcyi z dnia 26 maja 1880 l. 56.779.

Powiat ______ *Wzór* ______ *Gmina*

Sprawozdanie zdrowotne

z rewizyi wykonanéj dnia r. (przy sposobności podróży peryjodycznéj lub pobytu z powodu tamże panującéj choroby ______)

Służba zdrowotna	Zakłady zdrowotne	Fabryki i zakłady przemysłowe	Choroby en- i epidemiczne
1) Doktorowie 2) Magistrowie i Patroni chirurgii 3) Weterynarze 4) Akuszerki 5) Cyrulicy Uwaga: partacze	1) Szpitale 2) Domy obłąkanych 3) D. położnych 4) Zakłady podrzutków 5) Zakłady krowiankowe 6) Domy ubogich 7) Zdrojowska i t. d.	1) Garbarnie 2) Topiarnie łoju 3) Piece wapienne 4) Cegielnie 5) Kościopalnie 6) Fabryki pudrety 7) Fabr. zapałek 8) Fabr. tytoniu 9) Zakłady gazowe 10) Fabr. wód min. 11) Fabryki wody sodowéj 12) Huty i hamernie 13) Składy szmat	

Składy: 1) trucizn 2) ziół lekarskich 3) wód mineralnych	Choroby dzieci szkolnych	Stan zdrowia osób dorosłych	Apteki	Oglądacze zwłok
			1) nazwisko właściciela 2) dzierżawcy 3) Sława apteki	

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 17 kwietnia. Na wczorajszem posiedzeniu Tow. lekarskiego prof. Obaliński przedstawił chorego ze sztuczną krtanią, opisawszy takową poprzednio; poczem mówił o gastroenterostomii przedstawiając odpowiedni przypadek; wreszcie kol. Podgórski zakomunikował wyniki dotychczasowych doświadczeń, przeprowadzonych w oddziale prof. Pareńskiego z nowym środkiem *orexium hydrochloricum.*

* Prof. Rosner, wybrany na ostatniem posiedzeniu Zjazdu dermatologów w Paryżu członkiem Wydziału, mającego przygotować następujący, w r. 1892 we Wiedniu odbyć się mający Zjazd, wyjechał do Wiednia na posiedzenie Wydziału przygotowawczego; prof. Browicz zaś wyjechał również do Wiednia na Zjazd internistów.

* Dr. Porębowicz, od lat kilku sekundaryjusz szpitala św. Ludwika, praktykować będzie podczas tegorocznego sezonu w Rabce.

* N. Pan udzielił pani Dr. Roży Kerschbaumerowéj zezwolenie na wykonywanie praktyki okulistycznéj i kierowanie zakładem dla chorych na oczy w Salzburgu. Po raz pierwszy kobieta otrzymała w państwie austryjackiem prawo wykonywania praktyki lekarskiéj. Pani K., rodem z Rosyi, otrzymała dyplom doktorski w Bernie szwajcarskiem, kształciła się następnie w okulistyce u Arlta, Fuchsa i Sattlera, a od lat 13 razem z mężem swoim kieruje zakładem dla chorych na oczy w Salzburgu.

* We wtorek otwarty został we Wiedniu w sali Akademii umiejęt. 9-ty Zjazd internistów. Przybyłych powitał prof. Nothnagel, poczem przemówili minister oświecenia baron Gautsch, burmistrz wiedeński Dr. Prix, a prof. Billroth w imieniu Tow. lekarskiego. Zastępcą przewodniczącego wybrany prof. Leyden z Berlina, a pierwszy wykład wygłosił Immermann z Bazylei.

* Zjazd chirurgów w Berlinie otwartym został w d. 9 b. m. przez prof. Bergmanna; podczas obrad nadeszło telegraficzne zawiadomienie, że cesarz przeznaczył 100,000 marek dla fundacyi Langenbecka. Równocześnie obchodzono jubileusz 25-letniego zawodu nauczycielskiego prof. Leydena, na którym z klinicystów austryjackich obecnymi byli proff. Nothnagel, Kahler i Jaksch.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berno** szwajcarskie. Dr. Fryd. Dumont habilitował się jako docent chirurgii. — **Jena.** Na opróżnioną nadzw. katedrę medycyny wewnętrznéj i posadę dyrektora polikliniki Wydział proponował Stintzinga z Monachijum i Müllera z Bonny. — **Erlanga**. Anatom Józef Gerlach obchodził 3 b. m. urodziny swe 70-te. — **Groninga**. Dr. Mulder mianowany został profesorem okulistyki. — **Dorpat**. Prof. med. rządowéj Körber potwierdzony został na dalsze 5 lat pod warunkiem, że odtąd wykłady odbywać będzie w języku rosyjskim. Następcą Wahla mianowany został b. docent chirurgii Dr. Wilhelm Koch. — **Petersburg**. Dr. Burzyński habilitował się jako docent medycyny wewnętrznéj.

* **Zmarli**: w Petersburgu docent medycyny sądowéj Dr. Werewkin w. 52 roku życia.

(B) Trzechsetletnią rocznicę wynalezienia złożonego mikroskopu obchodzić będą tego roku w Antwerpii, gdzie także zamyślają urządzić historyczną wystawę mikroskopów, przyczem urządzający wystawę wykładać będą publiczności dzieje mikroskopu i jego znaczenie w nauce lekarskiéj.

(B.) Naftolizm, nowy rodzaj opilstwa. W Bostonie i jego okolicy istnieje znaczna liczba fabryk kauczuku, w których do czyszczenia fabrykatu używa się nafty. Nafta, gotująca się, znajduje się w dużych naczyniach, do których przystęp powietrza jest wstrzymany. W fabrykach tych znajdują zatrudnienie przeważnie kobiety i młode dziewczęta. Otoż zauważono w jednéj z fabryk, że niemal wszystkie robotnice znajdują się jakby w stanie ciągłego upojenia. Sprawdzono, że się upajały przez wdychiwanie pary naftowéj wydobywającéj się z kotłów. Kobiety te oświadczyły, że nałóg ten smutny stał się dla nich potrzebą konieczną. Uczucie, które ten rodzaj upojenia wywołuje, jest, jak się zdaje, tak rozkoszne, że przewyższa błogie sny, które sprowadza opijum lub haszysz. (*Progr. méd.*)

* Lekarze pomocniczy szpitala św. Łazarza w Krakowie złożyli i wręczyli nam 15 złr., przeznaczając takowe na fundusz wdów i sierót po lekarzach przy Towarz. lekarzy galicyjskich istniejący. Kwotę tę przesłaliśmy p. Protomedykowi.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Nowinach Lek.* Nr. 4: Chłapowskiego: Gruźlica bydlęca a rzezactwo żydowskie (dok.); Panieńskiego: O śmierci przez zmarznięcie (dok.); Skórkowskiego: Błonica i róża; Święcickiego: O arystolu w ginekologii; Chłapowskiego i Wernera: Przyp. śmierci po małéj dawce salolu. — W *Gazecie Lek.* Nr. 15: Ziemińskiego: O czerwonowidzeniu; Pawińskiego: O wpływie influenzy na serce (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 15: Krajewskiego: Przyczynek do dochodzenia dzieciobójstwa.

Redakcyja otrzymała:

J. FAJERSZTAJN: Zakończenia nerwowe w tarczach końcowych żaby (odbitka z *Pam. Tow. Lek. Warsz.* 1889) Warszawa, 1890 in 8-vo str. 41 z tabl. chromolit. — Dr. K. ZGÓRSKI: Zakład zdrojowo-kąpielowy i stacyja klimatyczna Żegiestów w ostatniem trzechleciu, Kraków 1890, str. 16.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

TABLETKI Z WYCIĄGIEM KASKARY

18—25—7

wyrobu Konstantego Wiszniewskiego, aptekarza w Krakowie polecone przez Towarzystwo Lekarskie krakowskie, na wniosek Komisyi przemysłowej tegoż Towarzystwa pismem z dnia 6 Kwietnia 1888 roku, L. 308 — jestto lek bez zaprzeczenia najłatwiejszy do zażycia i najprzyjemniejszy ze wszystkich środek przeczyszczający. Użycie nie naraża na żadną przerwę w zajęciach, nie sprawiając najmniejszych boleści lub nudności.

Sposób użycia: Dorosłe osoby potrzebują użyć od dwóch do sześciu tabletek jednorazowo zależy to od potrzeby. Każdą tabletkę położywszy na języku należy popić wodą —

Cały słoik kosztuje 60 centów, lecz i na sztuki nabyć można.

HAY'A

pierwszy c. k. koncesyonowany i subwencyonowany przez W. Ministerstwo

Zakład szczepienia krowianki

w Wiedniu, Alserstr. 18.

(Założony w roku 1873.)

Rozsyła przez cały rok czystą zwierzęcą lymfę w fiolkach, flakonikach (Pasta-Lymphe) i w igiełkach kościanych.

☞ **Za przyjmowanie lymfy ręczy się, tak, że w razie nieprzyjęcia tejże udziela się bezpłatnie innej.** ☜ 35—12—4

☞ Wskutek licznych zamówień ze strony p. t. urzędów i lekarzy prakt. osiągnięto tak wielki obrót, że zakład jest w możności cenę znacznie obniżyć. Jedna fiola dla 2-3 szczepień kosztuje 1 złr. Na żądanie mogą być mniejsze po 50 cnt. — Flakonik lymfy gęstej (Pasta-Lymphe) 1 gr. wystarczający dla 100 szczepień, 10 złr.

Kąpiele siarczane Trenczyn-Cieplice.

Perla Karpat w górnych Węgrzech, w odległości 20 minut od stacyi kolei **Tepla-Trenczyn-Cieplice** kolei doliny Waagu i nowootwartej linii »Vlarapass«, z **Krakowa** dostać się można łatwo przez **Bogumin-Zylinę** w 9 godz. **Najsilniejsze kąpiele siarczane** państwa austro-węgierskiego z natural. ciepłemi **źródłami 40° C.** **Wspaniałe położenie** w pysznej okolicy leśnej. Kąpiele polecane są w wypadkach **gośćca, reumatyzmu, porażeniach, newralgiach ischias, przewlekłych chorobach skórn., próchnieniu i obumarciu kości itd.** Wygodnie urządzone baseny i **oddzielne kąpiele, zbytkownie** urządzone **nowe kąpiele (H a m m a m)** w stylu maurytańskim.

Kuracye żętyczne, kuracye mięsieniowe, elektryczne opatrywanie, kuracye terenowe wedle Prof. **Oertla.** Wszystkim wymogom **hygieny i wygody** odpowiednie **tanie** mieszkania. Koncerta, teatr i inne przyjemności. Dobra źródlana woda do picia, wyborna kuchnia, tanie ceny. W 1. i 3. sezonie zniżenia ceny. **Omnibusy i fiakry** przy **każdym pociągu.** Ilość osób na kuracyi 3800 i około 5000 przejezdnych. **Pora kąpielowa od 1 maja do 1 października.** Wyjaśnienia i illustrowane prospekta rozsyła darmo zarząd kąpielowy hr. d'Harcourt'a w Trenczynie-Cieplicach. 37—6—3

Jodowo-solankowe

ZDROJOWISKO HALL

w Austryi Wyższej.

Najsilniejsza jodowa solanka na kontynencie, dająca znakomite rezultaty we wszystkich cierpieniach zołzowatych, jakoteż w chorobach części rodnych i ich następstwach. Wyborne urządzenia lecznicze (kąpiele, picie wód, zawijania, wziewania, mięsienie kefir). Stosunki klimatyczne są nader korzystne; stacya kolei żelaznéj, droga przez Linc nad Dunajem.

Sezon od 15 maja do 15 października.

Dokładne prospekta w rozmaitych językach otrzymać można *w zakładzie zdrojowym w Hall.* 34—6—2

Levico

naturalna woda mineralna w **arsen i żelazo** zasobna (rozbiór prof. Ludwika Bartha Wiedeń) z silnem działaniem leczniczem w **osłabieniu, niedokrewności, nerwowości, chorobach krwi i skóry, nieprawidłowościach miesiączki** i t. d. Składy w aptekach i składach wód mineralnych. Woda świeżego napełnienia we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych. 32—12—4

SZCZAWNICKA WODA

ze zdrojów

Szymona osobliwie **Wandy**

najskuteczniejsza przy leczeniu katarów szczególniej dróg moczowych — rozseła się bezpośrednio z Zarządu Dra Kołączkowskiego z opustem 10% dla odbiorców ponad 100 flaszek.

Zarząd Zakładów na **Miedziusiu** w **Szczawnicy.** 28—12—5

SANTAL MIDY.

Aptekarza I. klasy w Paryżu.

Santal Midy zastępuje w terapii kopaiwę i kubebę, gdyż nie wywołuje podrażnienia żołądka, ani rozwolnienia przytem ogranicza bardzo prędko wycieki rzeżączkowe.

Każda kapsułka Santalu Midy zawiera 20 centigramów esencyi santalowej, zupełnie czystej. Dawka wynosi 6—12 kapsulek dziennie, którą to ilość zmniejszać należy w miarę jak i wyciek się zmniejsza.

Skład w Paryżu 8. r. Vivienne, oraz we wszystkich aptekach. 12—6—4

DOM ZDROWIA

konces. przez Wys. c. k. Namiestnictwo galicyjskie

ZAKŁAD LECZNICZY PRYWATNY

Dra Jana Gwiazdomorskiego

w Krakowie przy ulicy Łobzowskiej pod Nr. 32, 27—43—7

dom narożni,

w nowym, wyłącznie na cele lecznicze według wymagań nowoczesnej higijeny stawianym budynku.

Przyjmuje chorych obojej płci na wszelkiego rodzaju choroby, wykonania operacyj itd., **z wykluczeniem chorób zaraźliwych i umysłowych.** — Pokoje dla chorych należycie wentylowane, obszerne, z komfortem urządzone. — Korytarze i schody zimą opalone. — Czytelnia. — Osobna sala operacyjna. — W lecie ogród spacerowy dla chorych.

Staranna opieka i wszelkie wygody zapewnione. — Wszelkie kąpiele w miejscu.

Ceny wraz z opieką lekarską i zupełnem utrzymaniem, apteką i kosztami opatrunków chirurgicznych od 4 złr. do 7 złr. na dobę.

Prospekta na żądanie przesyła się. — Ustnych wyjaśnień udziela na miejscu lekarz i właściciel zakładu.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 26 Kwietnia 1890. Nr. 17.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Z pracowni farmakologicznéj prof. Ł. J. Thumasa w Warszawie.

O alkaliczności krwi zgęszczonéj pod wpływem wielkich dawek siarkanu sody.

Podał
Jan Świątecki.

(Dok. Patrz Nr. 16).

Doświadczenie I. a) 3/1 1889 r. u młodego wyżła wagi 9050 gramów określono alkaliczność krwi w żyle udowéj lewéj. Alk = 360.

b) 9/1 1889, kiedy już rana z poprzedniego doświadczenia pokryła się zdrową ziarniną, rano na czczo przy pomocy sondy wlano psu do żołądka 60·0 *Natrii sulph. crystall.* w 20% rozczynie, po czem zaraz wystąpiły wymioty. O godz. 2-éj i 4-éj popołudniu wlano temu psu do żołądka znowu 60 grm. siarkanu sody w dwóch dawkach po 30 grm., także w 20% rozczynie. Wymiotów nie było, nastąpiły zaś natomiast po pewnym czasie obfite wypróżnienia. Pies pozostawiony bez napoju i jadła.

10-go stycznia. Ciężar psa = 8000 grm. Krew otrzymana z żyły udowéj prawéj miała Alk = 360.

Tak więc pies stracił na wadze w ciągu 24 godzin 1080 grm. czyli 11·6% pierwotnéj wagi ciała, alkaliczność zaś krwi na pozór nie uległa zmianie. Ponieważ jednak zmniejszenie ciężaru nie dowodzi jeszcze zgęszczenia krwi, we wszystkich następnych doświadczeniach obliczałem ilość czerwonych ciałek krwi w 1 milimetrze sześc. podług sposobu Malasseza, do czego krew brałem z nacięć na wewnętrznéj powierzchni ucha.

Doświadczenie II. a) 20 stycznia 1889 r. U suki, w. 7869 grm., ilość czerw. ciałek krwi w 1 sz. milim. = 6,365.000; alkaliczność krwi w żyle udowéj prawéj Alk = 360.

b) Zaraz po doświadczeniu za pomocą sondy wlano do żołądka w trzech dawkach 300 sz. cetn. rozczynu, zawierającego 60·0 Na_2SO_4, 24 H_2O. Wieczorem i w nocy obfite wypróżnienia. Nazajutrz ciężar zwierzęcia wynosił 6550 grm.; ilość czerwonych ciałek krwi w 1 sz. mil. = 7,240.000. Odpreparowano żyłę udową lewą. Alk = 400—360.

Widzimy więc, że chociaż zwierzę straciło około 16% swéj pierwotnéj wagi i zgęszczenie krwi było widocznem (ilość sz. c. krwi w 1 sz. mil. zwiększyła się o 13—14%), alkaliczność krwi, jeśli się nie zwiększyła, to w każdym razie pozostała bez zmiany.

Ponieważ na zasadzie pewnych teoretycznych rozumowań oczekiwałem zupełnie czego innego, przeto ostatnie doświadczenie powtórzyłem jeszcze dwa razy; wyniki otrzymałem zupełnie analogiczne: alkaliczność tak normalnéj jak i zgęszczonéj krwi i w jednym i drugim przypadku wyraziła się cyfrą 360. Doświadczeń tych dla ich zupełnéj analogii z poprzedniem przytaczać w całości nie będę; nadmienię tylko, że ilość czerw. ciał. krwi w 1 sz. milim. po zażyciu soli glauberskiéj wynosiła w 1-szem doświadczeniu o 13·5%, w drugiem o 11% więcéj niż w stanie normalnym.

Doświadczenie III. 3-go lutego. Kundel, ważący 8470 grm. i mający w 1 sz. milm. krwi 7,500.000 czerw. ciałek, dostał o godz. 10-téj rano i 3-éj po południu po 30·0 $Na_2SO_4 24H_2O$ w 150 sz. c. wody. Wymiotów nie było. Waga wieczorem = 8150.

4/2 1889. Waga rano 7700 grm. Il. cz. c. krwi w 1 sz. milm. = 8,152.500. O godzinie 12-téj wlano psu do żołądka 30 grm. soli glauberskiéj w 150 sz. c. wody. Wieczorem po takiéjże dawce wymioty. Obfite płynne wypróżnienia. Ilość czerw. ciałek krwi w 1 sz. milm. = 8,890.000.

5/2 1889. Waga = 7260 grm. Il. cz. c. krwi = 9,035.000. Pies bardzo osłabiony, z trudnością wstaje na nogi; (od 3-ch dni pozbawiony jadła i napoju). Krew w żyle udowéj lewéj wskazuje Alk. = 440.

Streszczając wyniki doświadczenia widzimy, że zwierzę w przeciągu 48 godzin straciło około 14% wagi pierwotnéj, ilość zaś czerwonych ciałek krwi w 1 sześc. milim. podniosła się o 20%.

Aby uniknąć niepożądanego zranienia zwierzęcia, co mogło wpłynąć na wyniki doświadczenia (ropienie, gorączka i t. p.; porówn. Jaksch, l. c.), w danym razie nie wykonano kontrolującego doświadczenia, mimoto jednak na téj zasadzie, że u wszystkich psów, u których wypadło mi oznaczać alkaliczność normalnéj krwi (więcéj niż w 10-ciu przypadkach), takowa nigdy nie przewyższała cyfry 400, a zazwyczaj równała się 360, utrzymywać możemy, że po siarkanie sody alkaliczność krwi się zwiększyła, co tem bardziéj zastanawiać nas może, jeśli weźmiemy pod uwagę, że pies od 3-ch dni nic nię jadł; doświadczenia bowiem Baldiego (l. c.) wykazały, że w takich razach alkaliczność krwi ulega zmniejszeniu.

Chcąc otrzymać bardziéj wyraźne wyniki, starałem się zgęścić krew *ad maximum*; podając jednak psom sól glauberską *per os*, nie mogłem osiągnąć większego zgęszczenia, niż w doświadczeniu III.; przy większych bowiem i częstszych dawkach zazwyczaj po upływie 5—10 minut, a czasem zaraz po wprowadzeniu soli do żołądka, następowały wymioty. Z tego też powodu uciekłem się w następnem doświadczeniu do sposobu podanego przez Wagnera[1]), a udoskonalonego przez Maasa[2]), mianowicie wstrzyknąłem sól glauberską do jamy otrzewnéj.

[1]) Langenbeck. Arch. XX. S. 51. — [2]) *Bericht über d. 10*

Doświadczenie IV. 27/2 1889 a) Tenże pies co i w doświadczeniu III. (naturalnie już po powrocie do normalnego stanu zdrowia). Il. cz. ciał. krwi w 1 milm. sześć. = 5,460.000. Obnażono tętnicę udową lewą. Alk. = 400.

b) Natychmiast po oznaczeniu alkaliczności krwi o godz. 10-tej i min. 20-éj rano za pomocą strzykawki z ostrą igłą i przy zachowaniu antyseptyki, wstrzyknięto do jamy otrzewnéj 60 grm. siarkanu sody w 200 gramach wody. Zaraz po operacyi wymioty. O godz. 2-éj po południu ilość cz. c. krwi w 1 sześć. milm. = 9,380.000. Obnażono tętnicę udową lewą; krew ciemno-brunatnéj barwy z trudnością wycieka z naczynia krwionośnego. Alk = 360. W przytoczonym przypadku zagęszczenie krwi dosięgało nader wysokiego stopnia (70% wyżéj normy), alkaliczność zaś napozór nieznacznie się zmniejszyła; rozpatrując atoli wynik ten trochę uważniéj, przyjdziemy do wprost odmiennego wniosku.

I w rzeczy saméj: przy tak kolosalnem zgęszczeniu krwi, jakie tu miało miejsce, ilość użytego do doświadczenia osocza była znacznie mniejszą, niż w doświadczeniu kontrolującem. Zdanie to może być popartem przez następujące wyliczenie.

Jeżeli zgodzimy się z Hayemem[1]), że objętość czerwonego ciałka krwi, wynoszącego u psa przeciętnie 7 μ w średnicy, równa się 0·000000057 milim. sześc., to w 1 milim. szesc. normalnéj krwi w danym przypadku
czerw. ciałka zajmują 0·000000057.5460000 = 0·3276 milim. sz.
osocze zaś „ 1·0—0·3276 = 0·6724 „ „

W 1 sześciennym milimetrze zgęszczonéj krwi:
czerw. ciałka zajmują 0·000000057.9380000 = 0·5346 milim. sz.
osocze zaś „ 1·0—0·5346 = 0·4654 „ „

Przypuszczając następnie, że po zgęszczeniu zawartość (odsetkowa) zasad i kwasów w osoczu krwi została tąż samą, co i przed zgęszczeniem, to ponieważ dla doświadczenia wzięto nie 0.6724 lecz tylko 0·3634 części, spodziewaćby się należało, że ilość ta powinna zobojętnić nie 400 jednostek kwasu, lecz

$$\frac{4654.400}{6724} = 275,$$ w rzeczywistości zaś otrzymaliśmy Alk = 360: czyli otrzymaliśmy obojętny odczyn nie w XII-téj probówce, lecz w X-téj; z tego zaś wynika, że osocze zgęszczonéj krwi w naszym przypadku zawiera więcéj zasad (względnie mniéj kwasów), niż normalnéj.

Słabą stroną przytoczonego wyliczenia jest to, że w rzeczywistości nie wiemy nic o objętości ciałek krwi po jéj zagęszczeniu; oczywista, że gdyby objętość ich w tym razie ulegała zmniejszeniu, to przypadek wyliczenia byłby mniéj przekonywającym; mimoto jednak jeśli tylko jednostka objętości zagęszczonéj krwi zawiera mniéj osocza, niż takaż jednostka normalnéj, co zkądinąd zdaje się nie ulegać zaprzeczeniu, to zgodzić się musimy na to, że w danym razie alkaliczność osocza nie zmniejszyła się, a najprawdopodobniéj wzrosła, zwłaszcza wobec tak nieznacznéj różnicy (360) w porównaniu z normalną (400). Jeżeli zaś zmierzymy tą miarką wyniki wszystkich poprzednich doświadczeń, to przyjdziemy jedynie do wniosku, że alkaliczność krwi przy wywoływanéj przez nas niedokrewności wzrasta.

Jak objaśnić zauważone przez nas zjawisko? Na pierwszy rzut oka zdawaćby się mogło, że znajduje się ono w sprzeczności z oddawna znanym faktem, że ilość związków nieorganicznych, wzgl. soli, we krwi zgęszczonéj działaniem t. z. soli przeczyszczających ulega zmniejszeniu (patrz między innymi J. Zawadzki[2]), jakto i powinno być ze względu na prawa osmozy, pod wpływem którego powstaje przesięk ze krwi do kiszek w danym razie (Poiseuille, Liebig, Kucharzewski[3]). Boć przecie, jeżeli ilość soli, wzgl. takich związków jak $NaHCO_3$, Na_2HPO_4 i. t. p., we krwi staje się mniejszą, to i alkaliczność jéj powinna zmienić się w tymże kierunku. W istocie jednak rzecz się przedstawia trochę inaczéj. Prawa osmozy wymagają, aby z cieczy macierzystéj, w danym razie krwi, do stężonego rozczynu Na_2SO_4 przenikała woda wraz z domieszką mieszczących się w jéj osoczu zasad i kwasów i przytem te ostatnie powinny przesiąkać w większéj ilości, niż pierwsze, ponieważ kwasy (n. p. $NaHPO_4$) łatwiéj przenikają przez błony zwierzęce niż zasady (n. p. Na_2HPO_4) i związki obojętne (Runeberg[1]); opierając się na tem spostrzeżeniu Maly[2]), jak wiadomo, zbudował swoją teoryję wydzielania moczu. Rzecz więc oczywista, że jeżeli krew w każdéj danéj chwili traci więcéj kwasów niż zasad, to wzajemny stosunek ich w osoczu zmienić się musi na korzyść tych ostatnich — zasady zaczną w niem przeważać, wynikiem czego będzie zwiększenie się alkaliczności osocza, a względnie krwi.

Nie chcę bynajmniéj twierdzić przez to, że tylko prawa osmozy wpływają na zauważone przez nas zjawisko — zapewne, że zmienione warunki krążenia krwi, upośledzenie odżywiania jéj ciałek (Cohnheim[3]) i co za tem idzie, całego organizmu i wiele innych jeszcze czynników nie może pozostać bez wpływu na zmianę alkaliczności krwi w tym lub owym kierunku; mimoto jednak, składając ofiarę „nieznanym bogom“, nie możemy wyrzec się myśli, że wzrost alkaliczności krwi po zastosowaniu siarkanu sody ma swe główne źródło w wyżéj przytoczonem prawie osmozy. Naszem zdaniem, chociażby nawet przypuszczenie to nie było dostatecznie umotywowanem, nie należało pomijać milczeniem tego bardzo prawdopodobnego objaśnienia.

Przechodząc teraz do wiadoméj zmiany alkaliczności krwi w cholerze, zauważyć musimy, że tu proces zgęszczenia krwi jest zupełnie innym; kiedy bowiem tam można było mówić o przesięku, tu prędzéj już o wysięku, gdyż rozwija się on na gruncie więcéj zapalnym. Zresztą, nie wdając się w bliższe szczegóły co do powstawania niedokrewności w cholerze, jako nie leżące w zakresie niniejszéj pracy, nadmienimy tylko, że cholera jest chorobą gorączkową, zakaźną, co już samo przez się wystarcza do znacznego zmniejszenia alkaliczności krwi (Minkowski, Geppert ll. cc.), a daléj być bardzo może, że pod wpływem wywiązujących się w cholerze ptomainów czerwone ciałka krwi i wogóle wszystkie komórki organizmu znajdują się w znacznie gorszych warunkach odżywiania niż w sztucznie wywoływanéj przez nas niedokrewności, skutkiem czego wyniknąć może ich ryczałtowe obumieranie i wchłanianie alkalijów osocza; wiadomo bowiem, że ginące osocze silnie związuje zasady. (Minkowski, l. c.).

Na zakończenie uważam za stosowne zwrócić uwagę na to, że przy objaśnianiu działania tak zw. alkalicznych wód mineralnych na organizm wogóle i na krew w szczególności, zdają się zapominać zupełnie o tem, że i kwasy krwi podlegają prawom osmozy i przesiąkają do kiszek i to nawet w większéj ilości, niż sole zasadowe; przynajmniéj, o ile mi wiadomo, chociaż różnemi czasy, co prawda na podstawie li tylko teoretycznych rozumowań, przypuszczano, że alkaliczność krwi pod wpływem wód mineralnych się zwiększa, zmianę tę jednak przypisywano wyłącznie pochłanianiu przez krew soli zasadowych z przewodu pokarmowego — zasadom tym wyznaczano rolę zobojętniania kwasów przy ich nadmiarze w ustroju (n. p. w dnie), aby w taki sposób ułatwić

Chirurgencongress S. 5. Beilage z. Ctblt. d. Chirurgie, 1881, Nr. 20. — [1]) G. Hayem, *Du sang* etc. Paris, 1889. — [2]) Rozprawa konkursowa, nagrodzona medalem złotym przez Uniwersytet warszawski w r. 1888. Pamiętnik Lekarski, 1889 r. — [3]) *Gazeta Lekarska*, Nr. 5, 1889 r.

[1]) *Arch. f. Heilkunde*, XVIII. str. 1. — [2]) *Zeitschr. f. physiol. Chem.* str. 174, 1877. — [3]) Odczyty z Patologii ogólnéj, przekład polski. Warszawa 1884, tom I., str. 397.

ich wydalenie jużto za pomocą nerek, jużto przesiąkania z wodą do kiszek śród przeczyszczenia.

Zgoda, że objaśnienie takie może być zadowalającem dla wód mineralnych, zawierających n. p. Na_2CO_3, sól zasadową i łatwo rozkładającą się pod działaniem kwasów; wywiązujący się przytem kwas węglowy może być natychmiast wydalonym ze krwi przez drogi oddechowe; lecz w jaki sposób objaśnić analogiczne pod względem leczniczym działanie wód, zawierających wyłącznie obojętne sole, jak n. p. NaCl., Na_2SO_4, $MgSO_4$ związki rozkładające się z trudnością i przytem posiadające wysoki równoważnik endosmotyczny, co wywołać musi znaczny przesięk soli (Na_2CO_3 i t. p.) z osocza krwi? Objaśnienie staje się możebnem, jeśli przypuścimy, że i kwasy krwi są zdolne pod wpływem tychże czynników przechodzić do przewodu pokarmowego i to nawet w większym stopniu niż jéj zasady.

Streszczając wyniki pracy niniejszéj, przychodzimy do następujących wniosków:

1) Alkaliczność krwi przy jéj zagęszczeniu wywołanem przez stosowanie wielkich dawek siarkanu sodowego ulega zwiększeniu.

2) Zjawisko to objaśnić można potężniejszem przesiąkaniem do przewodu pokarmowego kwasów krwi, niż mieszczących się w niéj zasad, a to ze względu na prawa osmozy.

3) Objaśnianie zwiększenia alkaliczności krwi przy użyciu wód mineralnych wyłącznie pochłanianiem przez krew soli zasadowych z przewodu pokarmowego nie jest zadowalającem.

II. O laryngofisurze na podstawie własnego doświadczenia.

Podług wykładu mianego w Tow. lekarskiem krak. w czerwcu 1889 r., uzupełnione przypadkami późniejszemi.

Podal

prof. Dr. Pieniążek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16).

Rozwieracz Trousseaua, któryśmy ewentualnie radzili założyć w ranę tracheotomijną nie przeszkadza w niczem rozcięciu części miękkich, którego wreszcie i przy wysuniętéj nieco kaniuli dokonać można. Po dokonaniu tegoż wyjmujemy rozwieracz (*resp.* kaniulę) i zakładamy herniotom (w razie skostnienia chrząstki tarczykowéj zagięte kostne nożyce). Po rozcięciu chrząstki tarczykowéj rozwieramy jéj płyty bądź to hakami tępemi lub ostremi, bądź to rozwieraczem Trousseaua, bądź nawet na razie palcem. W razie rozcięcia saméj tylko chrząstki tarczykowéj mogą płyty jéj nie dać się dostatecznie rozewrzeć. W takim razie bez obawy cięcie na koszt więzu gnyko-tarczykowego średniego o ile potrzeba rozszerzyć można. Nieraz też nie ograniczałem się do rozcięcia saméj chrząstki, ale od razu wraz z nią dolną część więzu gnyko tarczykowego średniego rozcinałem. W przypadkach natomiast, w których jedynie z dolnych części krtani usunąć coś mamy, nie tylko nacięcie wspomnianego więzu, ale nawet całkowite rozcięcie płyt chrząstki tarczykowéj może nie być konieczne. Przykład tego rodzaju stanowi nasz przypadek 16, w którym rozciąłem chrząstkę tarczykową prawie pod same więzadła nie rozdzielając cięciem tych ostatnich, a tem samem i górnéj części chrząstki tarczykowéj (*laryngofissura incompleta*). Po ukończonéj laryngofisurze przystępujemy do właściwego zabiegu w krtani. Ten napotyka nieraz na trudności z powodu, że chory nawet zachloroformowany na dotknięcie błony śluzowéj krtani kaszlem niekiedy reaguje. W takich razach pędzluję kilkakrotnie błonę śluzową krtani następującym roztworem kokainy: *Rp. Cocaini muriatici 0·5, Spirit. vini rectif. 2·0*, przyczem uważam, aby takowa do jamy połyku nie ściekała, czemu wreszcie łatwo zapobiedz za pomocą tampona z waty ku wejściu krtani wprowadzonego. Jedna trzecia część do połowy tego roztworu wystarcza do zniesienia wszelkich odruchów przy manipulacyjach w krtani. Pamiętać przytem należy, że przy ostrożnem użyciu kokainy nic z niéj połkniętem nie zostaje; nie ma więc powodu obawiać się szkodliwego jéj wpływu.

W ten sposób możemy z łatwością i bez wywołania odruchów dokonać zamierzonego w krtani zabiegu. Przy tym ostatnim mamy też jednę ważną korzyść operując przy zwieszonéj w tył głowie, któréj nie daje nam żadna tamponowa kaniula, ani tamponada po nad kaniulą. Korzyść tę stanowi ochronienie pola operacyjnego od ściekającéj z jamy połykowéj śliny i śluzu. Ruchy połykowe, jakie tu chory często nawet wśród narkozy wykonywa przy niemożności dokładnego zamknięcia wejścia krtani, jakie ma miejsce po tejże rozcięciu, są powodem, że często spływa dość obfita ilość śluzu do krtani. Przy tamponowéj kaniuli może to przeszkadzać operatorowi; przy zwieszonéj jednak w tył głowie śluz ten pokazuje się jedynie w wejściu krtani dochodząc tylko do górnego brzegu rany i cofa się do połyku, nie przeszkadza więc wcale działaniu operatora.

Drugą bardzo ważną korzyścią jest to, że nie potrzebując przy zwieszonéj głowie używać kaniuli mamy obszerniejsze, niczem nie ścieśnione pole do działania. Przy kaniuli tamponowéj, albo przy tamponie nad kaniulą umieszczonym pole operacyjne od dołu zmniejszonem zostaje; to też nieraz zachodzi potrzeba czasowego wyjęcia kaniuli, które daje powód do ciągłego krztuszenia się chorego, jak to w wspomnianych powyżéj przypadkach 1, 2, 4 miało miejsce. Jeżeli operować musimy w okolicy saméj rany tracheotomijnéj, jak to n. p. przy schodzących niżéj nowotworach, lub nawet pod nią, t. j. w tchawicy (przypadek 4 i 19), wrzodach gruźliczych (przypadek 10), bliznach (przypadek 9 i 16), przerostach (przypadek 13) i t. p. bywa, to wyjęcie kaniuli jest bezwarunkowo koniecznem, wyjąwszy, jeżeli poprzednio tracheotomija podtarczykowa była dokonaną. Na takich przypadkach najlepiéj można ocenić wyższość metody operowania przy zwieszonéj głowie nad operowanie przy kaniulach tamponowych. Wyższość tę uznał także prof. Obaliński, który też obecnie jedynie przy zwieszonéj głowie laryngofisurę wykonywa. Również wszystkie przypadki, w których ja na jego oddziale laryngofisurę wykonałem, tylko przy zwieszonéj głowie były operowane.

Przechodząc do potrzebnych po laryngofisurze zabiegów wśród krtani zwrócić muszę nasamprzód uwagę, że oryjentowanie się po rozcięciu i rozwarciu krtani nie zawsze jest łatwe. Już normalne struny głosowe występują znacznie mniéj ku wnętrzu krtani, niż się to w obrazie laryngoskopijnym przedstawia. Znać je tylko jako słabe wzniesienia na bocznych ścianach krtani. Przy sprawach chorobowych w okolicy głośni może wyszukanie strun głosowych na razie podlegać pewnym trudnościom; zatoki Morganiego stanowić będą w takim razie wskazówkę: bezpośrednio pod niemi mamy struny prawdziwe, nad niemi fałszywe. Przy guzach lub przerostach błony śluzowéj zlewających się ze strunami potrzebujemy odszukać brzegi tych ostatnich; takowe oznaczone są zwykle białą liniją, która zwłaszcza w tyle odpowiednio do wyrostków głosowych bywa wyraźna. Podobnie jak same struny głosowe

spłaszczają się po rozwarciu krtani także wszelkie chorobowe wyniosłości błony śluzowéj, jak przerosty itp., ztąd też łatwo mniejsze wyniosłości przeoczyć. Dlatego też radzę przed laryngofisurą bezpośrednio zbadać chorego dokładnie tak laryngoskopem, jak i lusterkiem Czermaka przez ranę tracheotomijną, ażeby z góry wiedzieć, czego w rozciętéj i rozwartéj krtani szukać należy. Stany chorobowe prowadzące do ściągnięcia do siebie chrząstek nalewkowych nie dają się na rozciętéj krtani często skonstatować, przestrzeń bowiem międzynalewkowa staje się przy rozwarciu płyt zawsze węższą tak, że chorobowe jéj zwężenie przy laryngofisurze trudno jest rozpoznać. To też musimy takowe poprzednio laryngoskopem stwierdzić, aby wiedzieć, jak w téj okolicy przy laryngofisurze działać mamy.

Do zabiegów operacyjnych wśród krtani, potrzebnych po dokonaniu laryngofisury, bardzo pomocnem bywa użycie reflektora. Operując za dnia, jeżeli chory ma szyję zwieszoną i ku oknu zwróconą, potrzeby reflektora przy laryngofisurze nie czuje się wcale. Rozwarta bowiem krtań wprost od okna dostatecznie jest oświetloną. Jeżeli jednak mamy wykonać jakiś zabieg na górnych częściach krtani, jak n. p. na więzadłach fałszywych lub po nad niemi, wtedy uczujemy brak światła; tutaj reflektor oddać może wielkie usługi. Jeżeli bowiem światło od okna za pomocą niego ku wejściu krtani skierujemy, możemy nim takowe dokładnie oświetlić. Wprawdzie zmiany jedynie w téj okolicy nie wymagają laryngofisury; zdarzyć się jednak może, że występują one obok zmian poniżéj głośni będących, dla których laryngofisurę wykonać trzeba było. W takim razie lepiéj za jednym zachodem i zmiany powyżéj głośni przy laryngofisurze usunąć, niż pozostawiać je do osobnego endolaryngealnego zabiegu. Jakkolwiek przypadki takie rzadko się zdarzają, to jednak zazwyczaj przypatruję się po dokonaniu laryngofisury wejściu krtani. W 21 przypadku, w którym z powodu trudności, na jakie napotykało rozwarcie płyt tarczykowych, zaniechałem téj ostrożności, żałowałem tego późniéj, rezultat bowiem laryngofisury nie był zupełny i zachodziła potrzeba uzupełnienia go zabiegami endolaryngealnemi, które byłbym podjął, gdyby chora po wystąpieniu ze szpitala u mnie się pokazała. O ile z tego względu ważnem jest użycie reflektora przy świetle dziennem, o tyle więcéj jeszcze zalecić go muszę, jeżeli się przy świetle sztucznem operuje. Będąc nieraz zmuszonym wykonywać tracheotomię w nocy przy bardzo niedostatecznem oświetleniu, z konieczności musiałem używać reflektora, aby słabe często światło jednéj lampki skupić nim na pole operacyjne. W tym celu stawiałem lampę po prawéj stronie operowanego z boku i nieco w tyle jego głowy, a reflektor umieszczałem nad czołem lub prawem okiem. Wkrótce się przekonałem, że mi to jest dogodniejszem, niż operowanie bez reflektora nawet przy najlepszem świetle, mianowicie: rozciąwszy tchawicę mogłem się w niéj daleko dokładniéj rozglądnąć, niż przy świetle dziennem. Téj saméj metody użyłem także i przy laryngofisurze robiąc ją wieczorem przy świetle sztucznem w prywatnéj praktyce w przypadku 3 i 10. Różnica od tracheotomii była tylko ta, że siedząc poza chorym ustalałem lampę po jego stronie lewéj na wysokości klatki piersiowéj. W celu obejrzenia górnych części krtani (*aditus laryngis*) staję sam z przodu chorego po jego stronie prawéj, a światło umieszczam jak przy tracheotomii. Chcąc obejrzeć zaś całą tchawicę wracam do pozycyi poprzedniéj i podobnie ustawiam lampę jak przy laryngofisurze.

Po dokonaniu operacyi zmywam ranę rozczynem kwasu borowego, zasypuję ją jodoformem i zakładam tampon z gazy jodoformowéj dość szczelnie we wnętrzu krtani siedzący, tak jednak, aby dokładnemu spojeniu rany nie przeszkadzać. Od tamponu odchodzi wolno pasek gazy jodoformowéj, który na jakie 10 ctm. z rany występuje. Pod ten pasek zakładam kaniulę, nad którą brzegi rany łączę szwami idącemi dość głęboko, lecz nie przebijającemi chrząstek tarczykowych. Wyjątkowo spajam brzegi rany plastrami celem powtórnego obejrzenia wnętrza krtani na drugi dzień jak w przypadku trzecim i dwunastym. Tampon zostawiam zazwyczaj dni 4—8, poczem go za pasek od niego odchodzący, czasem za pomocą szczypczyków przez ranę tracheotomijną wyciągam. Przekonawszy się w ciągu następujących dni kilku, że chory swobodnie przy zatkanéj kaniuli oddychać może i stwierdziwszy przez badanie laryngoskopem i lusterkiem Czermaka, że drożność krtani utrzymuje się stale, wyjmuję kaniulę. W przypadkach operowanych w szpitalu św. Łazarza tak przez prof. Obalińskiego, jak i przezemnie z dodatnim wynikiem — kaniula wszędzie wyjętą być mogła wcześniéj, niż rzeczywiście wyjętą została, a to dlatego, że woleliśmy poddać chorego dłuższéj obserwacyi, zanimbyśmy kaniulę wyjęli. Stąd też zwykle chory nosił ją kilka dni aż do tygodnia dłużéj, niż to było koniecznem. (C. d. n.)

III. Dzisiejszy pogląd na fizyjologiczne działanie miesienia.

Podał

Dr. Michał Kaufmann.

(Dok. Patrz Nr. 16).

Doświadczenia te, a szczególnie ostatnie z wszelką dokładnością wykonane na psie, usuwały już wszelką wątpliwość, że pobudliwość mięśni na prąd elektryczny po miesieniu się zmniejsza. Fakt ten naszem zdaniem więcéj aniżeli inne przemawia za dodatnim wpływem miesienia, z niego bowiem wypływa, że miesienie oddziaływa na same własności protoplazmy mięśni, nadaje jéj jakby pewną bardziéj stałą równowagę, wiadomo bowiem z badań fizyjologicznych, że tak mięśnie jak nerwy przy wszelkich uszkodzeniach wprzód nim przejdą w stan zupełnéj śmierci, przechodzą w okres wzmożonéj pobudliwości, ten stan w tkankach, przy których pobudliwość ich jest wzmożona wysoko ponad normy, niewątpliwie świadczy, że w głębi saméj protoplazmy istnieją sprawy, które równowagę właściwą w tkance nadwerężają i które w następstwie wywołują śmierć téj tkanki; to też widzimy, że zwykle po takim okresie wzmożonéj pobudliwości następuje szybko jéj obniżenie, a w końcu tak mięśnie jako też i nerwy zupełnie ją tracą. Obniżenie pobudliwości w prawidłowéj tkance pod wpływem miesienia świadczy naszem zdaniem równie jak i inne fakty, że miesienie w wysokim stopniu przyczynia się do ulepszenia odżywiania tkanki.

Nie mniéj ważny wpływ miesienie wywiera na układ nerwowy. Tak doświadczenia fizyjologiczne Golza wykazały, że przez miesienie mianowicie przez uderzanie (*Tapottement*) bywają wywołane na drodze odruchowéj objawy w zakresie układu nerwowego, a w szczególe nerwów naczynio ruchowych. Doświadczenia te przedsiębrane na zwierzętach okazały, że naczynia zostające pod wpływem rdzenia pacierzowego ulegają wskutek uderzania pewnym zmianom. Krótko trwające uderzanie jakiejkolwiek części wywołuje w niéj najpierw zwężenie naczyń, po dłuższem jednak trwaniu występuje rozszerzanie się tychże, co może doprowadzić w dalszym ciągu do porażenia ścian naczyniowych. Przez obręb

rozszerzonych i częściowo porażonych naczyń przepływa wielka ilość krwi, która zostaje odciągniętą od sąsiednich narządów.

Podobnie rzecz się przedstawia w razach, w których mięsienie stosuje się na bolesne nerwy. Pukając nerw bolesny zauważamy najpierw wzmożenie się bólu, który jednak następnie szybko się zmniejsza, a w końcu zupełnie znika i ustępuje miejsca całkowitemu znieczuleniu.

Doświadczenia te stanowią pewną podstawę do oznaczenia wskazań w wielu przypadkach chorób nerwowych. Jeżeli więc mamy do czynienia z chorobowo zwiększoną pobudliwością nerwu, czy to czuciowego, czy ruchowego, to przez rękoczyny czysto mechaniczne, jak ucisk lub szybkie pukanie, jesteśmy w stanie chorobliwą pobudliwość doprowadzić do normy, a nawet sprowadzić niżéj normy. Działanie to ucisku na nerwy czuciowe już w 17 wieku było spożytkowane do celów miejscowego znieczulania, a mianowicie w przeczulicy i nerwobólach osiągano bardzo korzystne rezultaty. Willis *(de morbis convulsivis)* zastosowywał ucisk brzucha, aby spazmy konwulsyjne uspokoić. W 18 wieku Boerhave polecał usilnie ucisk na dolną część brzucha przy napadach histerycznych. Za pomocą *tapottement* możemy porażone części pobudzić do skurczu, a przez to podnieść ich żywotność; Mezger wywołał za pomocą uderzenia skurcze mięśni przy porażeniach ołowiowych, gdzie prąd elektryczny pozostawał całkowicie bez skutku. *Tapottement*, wogóle mięsienie, wytwarza w układzie nerwowym pewne zmiany molekularne, które dla prawidłowego przebiegu ruchu nerwowego są bardzo przyjazne.

Co do tej zmiany równowagi molekularnéj, to wychodzimy tutaj z téj hypotezy, że normalna lub patologiczna czynność systemu nerwowego składa się z sumy wahań, które za pomocą zewnętrznych mechanicznych wstrząśnień modyfikować jesteśmy w stanie. Winternitz postawił hypotezę, że nerwobóle powstają z przyczyn bodźców chemicznych, że zatem w nerwach równie jak i w mięśniach nagromadzają się produkty rozkładowe, tak zwane pierwiastki zmęczenia, które przez ucisk silny wogóle przez mięsienie odprowadzone zostają.

Bardzo być może, że tu już wskutek nacierania powstają w tkance mięsionéj bardzo słabe mierzyć się nie dające prądy elektryczne, na które i elektryczność tworząca się w ręku wykonającego mięsienie wpływa. Są to jednak kwestyje, których wyjaśnienie do przyszłości należy. W każdym razie przyznać musimy mięsieniu pewne swoiste działanie także na układ nerwowy, którego dopóty dokładnie objaśnić nie będziemy mogli, dopóki nie będziemy mieli lepszych wiadomości o czynnościach samego układu nerwowego, o których jeszcze i dziś słowa wyrzeczone przed 165 laty: *Obscura tectura, obscuriores morbi, functiones obscurissimae* zupełnie słusznie powtórzyć można.

Mięsienie daje się zastosować nie tylko na pojedyncze chorobą dotknięte części ciała lub członki, lecz także na całe ciało. Ogólne mięsienie działa głównie na przemianę materyi i wywiera na ciało ludzkie wpływ nader zbawienny. Jest to sposób daleko mniéj drażniący, aniżeli inne środki działające na mięśnie i skórę, przyczem i to ważne, że mięsienie wywiera wpływ czysto obwodowy, mało tylko drażniąc same ośrodki, gdy tymczasem elektryczność bardzo wybitnie i ośrodki nerwowe drażnić może. Zaraz po mięsieniu powstaje uczucie niezmiernie przyjemne i błogie. Gdy się naczynia krwionośne w skórze i czynnym systemie mięśniowym rozszerzają, wówczas nagromadza się większa ilość krwi w skórze i mięśniach, a przez to wewnętrzne organa ciała jak mózg, płuca, serce, wątroba, organa brzuszne bywają uwolnione od jéj nadmiaru, który szkodzi ich czynnościom potrzebującym dla utrzymania swéj prawidłowości ciągłéj odmiany krwi. Tym sposobem więc unika się przeszkód w krążeniu wątrobowem i chorobliwego rozszerzania żył, które tak często się wytwarzają przez wolno odpływającą i poniekąd zatrzymującą się w obiegu krew.

Doświadczenia Zabłudowskiego, Mitchella i innych wykazały, że ogólne mięsienie przyczynia się do wydzielenia pewnych oznaczonych substancyj wchodzących w skład ciała, i tak wydzielanie mocznika bywa zwiększone. Co do działania jednak na przemianę materyi w ścisłem znaczeniu tego słowa, to do obecnéj chwili istnieje brak pod tym względem ścisłych doświadczeń. Przez mięsienie brzucha pobudza się silnie ruch robaczkowy kiszek, wzmacnia się mięśnie powłok brzusznych jako też i włókna mięsne jelit i wywołuje regularność stolca. Ważnym czynnikiem, objaśniającym fizyjologiczne działanie mięsienia brzucha, jest mechaniczne popychanie zawartości kiszek. Przez ogólne mięsienie wpływamy wprost na wyrób krwi to jest na zwiększenie ogólnéj masy krwi. Przez mięsienie bowiem zwiększa się przyjmowanie białka, to wywołuje zwiększenie rozkładu i wpływa na powiększenie wytwarzania. Wogólności zauważamy polepszenie zdrowia, większą ruchliwość ciała, wzmaganie się trawienia, zwiększenie apetytu i spokojniejszy, głębszy sen.

Niektórzy także zauważali powstanie erekcyi po mięsieniu ud i międzykrocza.

Wogólnem mięsieniu mamy środek naukowo uzasadniony przeciw małokrwistości, który jednak w praktyce mało jeszcze jest rozpowszechniony, bądź to z tego powodu, że metoda ta nie dosyć jest znaną, bądź też dla tego, że w wykonaniu jéj nastręczają się pewne trudności, których pokonanie wymaga cierpliwości i rozważnéj działalności. Delikatność w rozróżnianiu ciepłoty bezpośrednio po mięsieniu powiększa się, potem się zmniejsza. Uczucie dotyku i ucisku bywa niekiedy niezmienione lub przytępione.

Mięsienie jakiejkolwiek części ciała, podnosi jéj ciepłotę na tem miejscu, jak również na wszystkich częściach ciała z wyjątkiem opon brzusznych, których ciepłota pozostaje niezmienioną, a niekiedy nawet się zmniejsza Suche mięsienie sprawia podług Mosengeila podwyższenie temperatury o 2 do 3° Celsiusza. Mięsienie bolesne okazuje wprost przeciwne skutki. Miejsce mięsione jest tylko nieznacznie rozgrzanem, powłoki zaś brzuszne więcéj.

Doświadczenia te uskuteczniano za pomocą przyrządu termo-elektrycznego, a więc oznaczano tylko ciepłotę promienistą. Ciśnienie krwi mierzone za pomocą manometru Bascha okazuje się podwyższonem. Za pomocą pletysmograficznéj metody skonstatowano działanie rozszerzające na naczynia krwionośne.

Prof. Cybulski badając prędkość ruchu krwi za pomocą fotohematochrometru wykazał stanowczo, że każde podrażnienie nerwów odbija się silnie na szybkości ruchu krwi, a nadto, że mięsienie jamy brzusznéj zwiększa szybkość krwi w *Carotis* i *Arter. femor.* Odznaczanie szybkości w doświadczeniach wykonano w tętnicy szyjnéj. Okazało się z nich że naciskanie na ściany brzucha, trwające kilka minut, jako też ruchy bierne tylnemi kończynami wykonywane wywołują powiększenie szybkości w tętnicy szyjnéj. Przytem najbardziéj powiększa się szybkość podczas rozkurczu. Skutek ten występuje tak u zwierząt normalnych, jak też u kuraryzowa-

nych. Szybkość pod wpływem mięsienia podnosiła się niekiedy więcéj niż o 50%.

Sądzę, że przytoczone tu fakta nie tylko dają podstawę do obszerniejszego zastosowania mięsienia w praktyce, ale że powinny zachęcić kolegów do dalszego badania i dokładniejszego wyjaśnienia wpływu mięsienia na ustrój ludzki.

IV. Oceny i sprawozdania.

Fizyjologija.

d'Arsonval: **O fotografowaniu widma krwi.**

Fotografując widmo krwi tlennéj, zauważyć można tuż przy części fijoletowéj widma linije absorbcyjną, która przy badaniu bezpośredniem nie jest widoczną. Linije tę widać nawet wtedy, gdy krew jest tak rozcieńczona, że dwie pręgi oksyhemoglobinowe nie występują. Fotografowanie widma dla rozpoznania, czy mamy do czynienia z krwią, stoi wiele wyżéj od bezpośredniego oglądania tego widma dzięki téj prędze koło fijoletowéj części widma występującéj, gdyż znachodzi się ona w rozczynach krwi $^{1}/_{12000}$; a co jest niezmiernéj wagi, nigdy nie występuje w rozczynach karminu, który daje pręgi absorbcyjne, podobne do pręg krwi tlennéj. Co do widma krwi ludzkiéj, królika lub świnki morskiéj, autor różnicy nie zauważał. (*Le Progrès médical* 1890, Nr. 6).

Arthaud i Butte (Paryż): **Wpływ nerwu błędnego na wydzielanie żółci.**

Doświadczenia wykonywali autorowie na psach i na królikach; mierzyli ilość żółci wypływającéj z kaniulki włożonéj do głównego przewodu żółciowego. Oto wyniki z tych doświadczeń: 1. Drażnienie za pomocą prądu indukcyjnego nerwów błędnych *in continuo* sprowadza zwiększenie wydzielania się żółci. 2. Wzmożenie to pochodzi z podrażnienia dośrodkowego, gdyż drażnienie końca obwodowego n. błędnego po jego przecięciu wywoływało obniżenie wydzieliny. 3. Objawy te nie są wynikiem zmian w krążeniu, jakby się zdawać mogło, gdyż drażnienie nerwu poniżéj odejścia gałązek zaopatrujących serce w tych samych warunkach daje takie same wyniki, jak na szyi. Autorowie przypisują n. błędnemu działanie naczynioruchowe w wątrobie. (*Le Progrès médical* 1890, Nr. 5). *Dr. Beck.*

Bakteryjologija.

Prof. H. Eichhorst (Zürich): **O chorobach wysypkowych.**

Od czasu dokładnych badań Fehleisena nie ulega najmniejszéj wątpliwości, że pewien rodzaj koków łańcuszkowych t. zw. *Streptococcus erysipelatis* przedstawia jad róży, gdyż mamy tu wypełnione wszystkie 3 żądania Kocha: regularne znachodzenie się tych koków w skórze różą dotkniętéj, udanie się hodowli czystych, a nawet skuteczne przenoszenie takich hodowli czystych na skórę zdrowych ludzi. Jasnem jest, że tylko najracyjonalniejsze pobudki mogły nakłonić do zaszczepienia koków róży zdrowym ludziom. Już od dawna wiadomo, że u ludzi dotkniętych nowotworami wytwarzają się szybko zmiany ich wsteczne, jeżeli dostali róży. Opierając się na tem doświadczeniu możnaby w celach leczniczych przenosić koki róży chorym na nowotwory. Znamy jednak już dwa przypadki, w których szczepieni padli ofiarą naumyślnie wywołanéj róży. Strona bakteryjologiczna róży nie jest jednak jeszcze całkiem zbadana i tak toczy się obecnie spór, czy *Streptococcus erysipelatis* jest identyczny z zwykłemi kokami ropienia: *Streptococcus pyogenes*, czy nie; E. sądzi, że stanowczéj różnicy między niemi nie ma. Klebs i Reiner wspominają nawet, że jeszcze inne drobnoustroje mogą różę wywołać; znaleźli oni w skórze ludzi durem dotkniętych, a zmarłych wskutek róży, nie koki róży, lecz prątki durowe. Badania bakteryjologiczne innych ostrych wysypek, dążące do wykrycia grzybka odry, płonicy, ospy i t. d. nie wytrzymują jeszcze krytyki. Badania tego rodzaju mają nietylko znaczenie teoretyczne, ale także medycyna praktyczna może z nich skorzystać, jak to najwyraźniéj widać w nauce o szczepieniu ospy. Czy uzyskamy krowiankę z człowieka lub zwierzęcia, tyle w każdym razie jest pewnem, że w obu przypadkach zawiera pewne składniki, których przeszczepienie sprowadzić może nieprzyjemne powikłania i wielką odnieślibyśmy korzyść, gdyby się udało otrzymać czysto swoiste grzybki krowianki, takowe sztucznie daléj hodować i wolne od obcych składników używać przy szczepieniu ospy. (*D. med. Woch.* 1889, Nr. 40). *Dr. Baschkopf.*

(A. W.) Dr. Rodet radzi odróżniać pewne rodzaje mikrobów podług tego, jak się zachowują pod wpływem rozmaitéj ciepłoty. I tak o obecności prątków duru brzusznego w wodzie można zdaniem jego przekonać się ogrzewając ją do 45°—45,5° C., w któréj ciepłocie inne mikroby giną, a tylko durowe pozostają przy życiu. Zrobił on w tym celu 20 doświadczeń: brał wodę z rozmaitych miejsc, ogrzewał ją do powyżéj podanéj ciepłoty, a potem robił hodowlę w bulijonie. We wszystkich przypadkach otrzymał ujemny rezultat. W doświadczeniach zaś z wodą zakażoną prątkami durowemi był wynik dodatni. Z tego wynika zdaniem autora, że w razie wyniku ujemnego można przy podobnem doświadczeniu wykluczyć obecność prątków duru brzusznego, w razie zaś dodatniego należy przejść do hodowli na żelatynie, bo inne mikroby oprócz durowych okazują się wytrzymałemi na taką ciepłotę. (*Le Bulletin médical* 1889).

Patologija.

G. Klemperer (Berlin): **O przemianie materyi i zapadzie ludzi dotkniętych rakiem wraz z uwagami o t. zw.** *Coma diabeticum.*

W nowszych czasach wiele zajmują się badacze wyszukaniem przyczyny t. zw. *Coma diabeticum*, uważając głównie znachodzące się w moczu pewne kwasy organiczne za powód zatrucia w moczówce cukrowéj. Jaksch, który występowanie kwasu acetoctowego w moczu uważa za bardzo prawdopodobne, mówi o *Coma diabeticum*: Minkowski i inni otrzymują z moczu diabetycznego kwas oksymasłowy, który Minkowski czyni odpowiedzialnym za występowanie zapadu; a jeżeli to nie jest swoiste działanie kwasu oksymasłowego, to zapad polega w każdym razie na zatruciu kwasem. Twierdzenie to zasługuje na uwagę, o ile Minkowski i Kraus stwierdzili we krwi ludzi wśród *coma diabeticum* zmniejszenie zawartości CO_2 i alkaliczności. Gdy badania te przeprowadzano u ludzi z moczówką cukrową poznano wnet, że występowanie zapadu wcale nie jest związane moczówką cukrową jako chorobą podstawową. Jaksch spostrzegał zapad u chorego na raka, w moczu którego obficie znajdował się aceton, Senator u chorych z ciężką niedokrewnością. Przypuszczano więc, że dla tak ściśle określonego szeregu objawów w rozmaitych chorobach szukać należy przyczyny wspólnéj. Jaksch szukał jéj w kwasie acetoctowym, Riess w rozpadzie czerwonych ciałek krwi i w cherze, Senator w sprawach dyskratycznych, prowadzących do samozatrucia ustroju. Czy zapad jest tylko jedynym węzłem łączącym moczówkę, niedokrewność i raka? Od dawna łączymy te choroby pod jedną nazwą cierpienia ustrojowego, czyli kachektycznego i jest rzeczą jasną, że przemiana materyi w tych chorobach nie przebiega prawidłowo, a ponieważ dotąd nie mamy jasnego pojęcia o przyrodzie téj nieprawidłowości, podaje K. wyniki swych badań nad przemianą materyi w chorobach wyniszczających, a przedewszystkiem w raku. Wiemy, że równowaga azotowa jest rękojmią prawidłowéj przemiany materyi; ustrój posiada zdolność regulowania rozkładu białka. Badania u ludzi cierpiących na raka przekonały K., że u nich ma miejsce wzmożony rozkład białka tkanek; ten jest wspólny wszystkim stanom zatrucia; w otruciu fosforem, arsenem, antymonem, CO, chloroformem odbywa się wzmożone wydzielanie N i stłuszczenie narządów, tu, jak wiemy, trujące istoty krążą we krwi; daléj wspólnem jest wszystkim tym otruciom pomniejszenie CO_2 i alkaliczności krwi. W wszystkich tych stosunkach łączy się rak z otruciami. Jak *coma carcinomatosum*, tak i *diabeticum* tłomaczyć należy działaniem trucizn na mózg, a zawartość kwasu stoi w drugim rzędzie. Nie dlatego, że krew diabetyka jest kwaśną, popada on w koma, lecz jego krew staje się kwaśną, ponieważ popada w zapad, ponieważ toksyny sprowadzają powiększenie rozpadu białka. (*Berl. klin. Woch.* 1889, Nr. 40). *Dr. B.*

Dr. Gollasch znalazł pod kierunkiem Dr. Müllera na podstawie 12 przypadków, że plwociny chorych na dychawicę i włókna Curschmanna składają się w całości prawie z białych ciałek, zawierających ziarnistości, które w zupełności odpowiadają tak z postaci jak oddziaływań mikrochemicznych ziarnistości bar-

wiącej się eozyną Ehrlicha. Też samą ziarnistość wykazał autor i w plwocinie chorych na przewlekły nieżyt oskrzeli, w śluzie jamy nosowej i w niektórych przypadkach w ropie rzeżączkowej. We wszystkich tych miejscach znaleźli inni autorowie i kryształki Charcot-Leydena. Prócz tego tam, gdzie widziano te kryształki, t. j. we krwi, śledzionie i szpiku kostnym chorych na białaczkę znalazł następnie Ehrlich i komórki barwiące się eozyną. Wszystko to przemawia zdaniem autora za tem, że istnieje pewien związek pomiędzy ziarnistością barwiącą się eozyną a kryształkami Charcot-Leydena. (*Fortschritte der Medicin*). *A. W.*

Farmakologija.

Prof. Landerer (Lipsk): **Leczenie gruźlicy miejscowej balsamem peruwiańskim.**

Nie powinniśmy tracić nadziei, iż uda się nam z czasem odkryć lek, który przyswajany organizmowi tak, jak n. p. rtęć lub jod, zniszczy prątki Kocha i w ten sposób gruźlicę wyleczy. Im większa ilość środków już znanych, a przeciw tej chorobie stosowanych okazała się bezskuteczną, tem nadzieja ta jest mniejszą, jednak nie wszystko jeszcze wyczerpaliśmy. Nie małą w badaniach tych odgrywały rolę leki odrażające (*antiseptica*). Wewnętrznie mogły być tylko podawane w dawce niedostatecznej, a wstrzykiwania miąższowe nie prowadziły do celu wskutek szybkiej resorbcyi. Prof. Landerer wpadł na myśl tworzenia jakby składów, trudno się rozpuszczających w miąższu, antiseptyków za pomocą miąższowych wstrzykiwań. Trudna a powolna resorbcyja tychże środków sprawia, iż większych możemy użyć ilości bez obawy objawów nieprzyjemnych, przyczem działanie na produkty gruźlicze dłuższe i jednolitsze także skuteczniejszem być musi. Do doświadczeń użył balsamu peruwiańskiego, najpierw zewnętrznie przeciw zropiałym gruczołom natury gruźliczej w połączeniu z eterem w stosunku 1 do 5. Mięszaniną tą napawał tampony z waty lub gazy, ranę niemi wyścielając, do przetok zaś wprost ją wstrzykiwał. Skutki były zadziwiające i działanie emulsyi jodoformowej przewyższające. Następnie przeszedł do leczenia gruźlicy kości i stawów po poprzedniem łyżeczkowaniu. Skutek poprzedniemu nie ustępujący. Zachęcony tem powodzeniem wprowadzał balsam w ogniska gruźlicze zamknięte. Do wstrzykiwań używał emulsyi z żółtkiem jaja w stosunku 1:10. Wstrzykiwania nie wywoływały silniejszej reakcyi i mogły być co 2-gi dzień powtarzane. Metodą tą leczył L. skutecznie 74 różnych przypadków gruźlicy miejscowej. Kittel (Erlanga) nie jest zupełnie zadowolony z nowego leku, albowiem na 20 przez niego leczonych przypadków w pięciu nie widział żadnego skutku. Wyniki Kittla dlatego były gorsze, bo 1) używał czystego balsamu, 2) emulsyje nie były dość silne i nie dość często stosowane, 3) laseczki z balsamu i żelatyny, których używał na kształt jodoformowych są zupełnie bezskuteczne. (*D. m. Woch.* 1890, Nr. 14). *Dr. Mendelsburg.*

Chirurgija.

Schede: **Doświadczenia nad wyłuszczeniem nerki.**

Wyniki wyłuszczenia nerek są zawsze jeszcze mierne, według Grossa 44·0% śmiertelności. Między sposobami kateteryzowania moczowodów uważa S. postępowanie Pawlika za najostrożniejsze i najlepsze i spodziewa się więcej niż od sposobów Tuchmanna i Fenwicka, celem oddzielnego otrzymania moczu jednej nerki, od rady Iversena, aby za pomocą wysokiego cięcia kamienia uczynić sobie przystępnem ujście moczowodu dla wprowadzenia cewnika. W przypadkach wątpliwych jest nawet cięcie próbne aż do międzykrocza według Bardenheuera postępowaniem umożliwiającem zupełnie pewne rozpoznanie, na co S. przytacza przykład, w którym zamiast spodziewanego kamienia nerkowego znaleziono znaczną puchlinę woreczka żółciowego. S. używa prawie poprzecznie przebiegającego cięcia lędźwiowego 2—3 ctm. poniżej ostatniego żebra, równolegle do niego od brzegu *m. sacrolumbalis* ku przodowi. Odnośnie do guzów opisuje S. przypadek 50 cioletniej kobiety z guzem nieprzesuwalnym, wielkości głowy dziecka, w którym wykonał wyłuszczenie brzuszne, dziś przezeń porzucone, dalej przypadek 39-cioletniej kobiety z szybko rosnącym, silne krwotoki sprowadzającym mięsakiem, u której jeszcze po dwóch latach stwierdził dobry wynik, następnie przypadek wieńcogłówki wielkości głowy mężczyzny i przypadek z dobrym wynikiem wykonanej nefrektomii u 11-tomiesięcznego dziecka. Hydronefroza nie daje wskazania do nefrektomii, dopóki wyniki nie są lepsze; rozpoznanie jej jest obecnie wydoskonalone i pomięszanie z torbielami jajnikowemi, pierwej częste, stanie się coraz rzadszem. Szczególną uwagę zwrócić należy na położenie jelit, puchlina nerkowa ma zawsze jelito wstępujące, względnie zstępujące przed sobą, guzy jajnikowe nigdy; stosunek guza do macicy należy przez odbytnicę w danym razie w uśpieniu wybadać. Puchlinę nerkową jako też przetoki hydronefrotyczne można i należy leczyć za pomocą doszczętnego wyłuszczenia lędźwiowem cięciem ukośnem, jeżeli łagodniejsze sposoby nie prowadzą do celu i stan ogólny nie stanowi przeciwwskazania, a druga nerka na pewne jest zdrową. Z powodu pyonefrozy wykonał S. 7 razy nefrektomiję, raz nefrotomiję (w 3-ch przypadkach była gruźlica) i potwierdza wskazanie, jakie daje jednostronna gruźlica nerki wobec tego, że przy dłuższem trwaniu jednostronna pyonefroza sprowadzić może zachorowanie drugiej nerki. (*Münch. med. Woch*, 1889, Nr. 42).

Okulistyka.

Boucheron (Paryż): **O dziedzicznem krótkowidzeniu.**

Krótki wzrok wytwarza się u dzieci myopów często w uderzająco wczesnym wieku i to tem pewniej, jeżeli oczy tych dzieci narażone są na owe szkodliwości, które według doświadczenia potęgują wrodzoną skłonność do myopii do rzeczywistej myopii. Według B. jest kurcz akomodacyjny i wszystkie okoliczności usposobiające do niego pobudką do wczesnej myopii, jak następujące doświadczenia udowadniają. Widzimy często, że dzieci, które pilnie piszą, przybliżają twarz aż na kilka centymetrów do zeszytu, przytem wydłużają szyję, kurczą mięśnie twarzy, pióro trzymają kurczowo, przy jego ruchach ciało skręcają, nogami mocno opierają się o ziemię, jednem słowem przedstawiają stan ogólnego napięcia mięśniowego, do którego wciągnięte są także mięśnie oczne. B. starał się to udowodnić za pomocą bezpośrednich badań; badał u 100 dzieci do szkoły uczęszczających dokładnie ich myopię, następnie wkraplał im do óczu atropinę i mógł stwierdzić, że punkt dali dla zwykłego pisma drukowanego w 96 na 100 przypadków o 1/8 do 1/3 naprzód się wysunął. Na inne warunki do myopii atropinizowanie nie wpływało. B. mógł także stwierdzić, że za pomocą leczenia atropiną można wstrzymać rozwój myopii u młodocianych osób. Pytanie tylko, w jaki sposób ten trwały kurcz akomodacyi u młodocianych osób może dać powód do owego powiększenia rozmiarów i zmiany postaci oka, które stanowią podstawę krótkiego wzroku. Nie możemy obecnie jeszcze rozstrzygnąć, czy to polega na pobudzeniu komórek wydzielniczych gałki ocznej, należących do mięśni rzęskowych, czy też na rozciąganiu ścięgien tychże mięśni i t. d. Na teraz wystarcza pamiętać, że oczy, które pod wpływem powiększenia się cieczy skłonne są do myopii, u młodych osób może w osi podłużnej od przodu ku tyłowi znaczniej się powiększają, niż u starszych, ponieważ pokrywy oka daleko mniej odporności posiadają. Stosunki te tłumaczą, że myopia tak wcześnie występuje i postępuje dość szybko, co też wymaga jak najwcześniejszego leczenia. Należy przedewszystkiem na to uważać, aby dzieci przy czytaniu i pisaniu trzymały oczy w potrzebnem oddaleniu, używały zawsze tylko książek z dużym, wyraźnym drukiem, pisały tylko piórami o szerokich końcach, jak pióra gęsie, a książka lub zeszyt powinny zawsze być dobrze oświetlone. Od czasu do czasu należy oko atropinizować i, jeśli potrzeba, opatrzyć w odpowiednie szkła cylindryczne lub sferyczne. (*W. m. Bl.*, 1889, Nr. 33).

Położnictwo.

Piskacek (Wiedeń): **O leczeniu pęknięć macicy.**

Pomijając przypadki, w których pęknięcie macicy połączone jest z zwężeniem miednicy, gdzie należy postępować według prawideł przyjętych dla ścieśnionej miednicy, należy przedewszystkiem rozstrzygnąć, czy pęknięcie jest zupełne, czy niezupełne. Jeżeli pęknięcie jest niezupełne, a nie ma krwawienia, wystarcza oczyszczenie i wsunięcie knota jodoformowego w ranę aż do otrzewny. Jeżeli przedarciu niezupełnemu towarzyszy krwotok, wskazane jest ostrożne wytamponowanie rany obok równoczesnego przyciskania macicy

ręką od zewnątrz do kręgosłupa przez dłuższy czas. Ręczny ucisk zasługuje na pierwszeństwo przed opatrunkiem uciskowym, przy którym kontrola jest niemożebna. Po ustaniu krwotoku należy założyć opatrunek uciskający. Gdyby krwawienie nie ustało, wskazane jest okłucie rany ze strony pochwy, co można sobie ułatwić przez zepchnięcie macicy od zewnątrz ku miednicy. Jeżeli pęknięcie jest zupełne, należy przedewszystkiem rozstrzygnąć, czy płód znajduje się jeszcze w macicy, czy wystąpił w części lub zupełnie do jamy otrzewnowéj, daléj czy przewód szyjki i ujście zewnętrzne macicy tak są ukształtowane, aby można przez nie płód wydobyć. Jeżeli płód znajduje się w macicy, a główka poprzedza, wskazane są wobec żyjącego płodu kleszcze, wobec nieżywego przedziurawienie z następowem wydobyciem za pomocą kranioklastu. Jeżeli płód tułowiem wstąpił do jamy brzusznéj, wskazane są kleszcze, a jeżeli miednica jest ścieśniona, przedziurawienie. Jeżeli płód tylko główką wystąpił, to obrót z następowem wydobyciem za nóżki nie przedstawia trudności, podczas gdy wyciągnięcie za nóżki wobec zupełnego przejścia płodu do jamy brzusznéj tylko wtedy jest na miejscu, jeżeli łatwo możemy dosiągnąć nóżek przez otwór w macicy i jeżeli pęknięcie jest tego rodzaju, iż nie potrzebujemy się obawiać jego powiększenia się podczas ekstrakcyi. W największéj liczbie jednak przypadków zupełnego przejścia płodu do jamy brzusznéj wskazane jest tylko cięcie brzuszne z oczyszczeniem jamy otrzewnowéj i zeszyciem macicy (chyba, że z powodu zwężenia miednicy wskazany jest zabieg Porry), gdyż nawet większe pęknięcia po opróżnieniu się macicy znacznie się zmniejszają. W przypadkach jeszcze uformowanéj szyjki albo gdy wobec bliznowatego zamknięcia przewodu szyjki i ujścia zewnętrznego nastąpiło pęknięcie, wskazane jest w pierwszym razie cięcie brzuszne i szew macicy, w drugim razie zabieg Porry. Wobec grożącego niebezpieczeństwa zakrwawienia wewnętrznego wskazana jest laparotomia i zatamowanie krwotoku przez okłucie. Pytanie, które leczenie daje lepsze wyniki: laparotomija, czy zachowawcze postępowanie, należy bezwarunkowo rozstrzygnąć na korzyść ostatniego, a gdy już nastąpiło zakażenie jamy otrzewnowéj, to i cięcie brzuszne nie o wiele poprawi rokowanie. (*Inter. kl. Rundschau*, 1889, Nr. 2).

Choroby uszne.

G. Gradenigo: **Przyczynek do nauki o pierwotnem zapaleniu ucha wewnętrznego.**

G. badał narząd słuchowy 15-to letniéj głuchoniemej dziewczynki, zmarłéj na gruźlicę i znalazł obustronne zupełne zniszczenie błędnika błoniastego, nowo-wytworzoną tkankę łączną i kostną, szczególniéj po stronie lewéj, gdzie również było przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego. Z powodu nienaruszenia opon mózgowych i nerwów (słuchowy i twarzowy) przypuszcza G. pierwotną *Otitis interna*, a także przewlekła *Otitis media* po stronie lewéj jest według G. wtórorzędną. To pierwotne zapalenie ucha wewn. wytworzyło się w życiu pozamacicznem na tle kiły odziedziczonéj. Podobnych przypadków przytacza G. jeszcze pięć W trzech istniało jeszcze zapalenie tęczówki i rogówki miąższowe, które G. stawia na równi z *Otitis int.* Choroba występuje głównie u osób płci żeńskiéj w wieku od 10 do 20-tu lat, a zajęte bywają zawsze oba uszy równocześnie albo wkrótce po sobie. Słuch szybko bardzo znacznie się pogarsza i przychodzi wreszcie do zupełnéj głuchoty. Na uwagę zasługują nieuzasadnione całkiem, a bardzo znaczne różnice w nasileniu słuchu z jednego dnia na drugi. U dorosłych brak miejscowych i ogólnych objawów reakcyi. Dzieci miewają niekiedy gorączkę, a prawie zawsze ustawiczny szum; zawrót głowy nie zawsze bywa i to niesilny. Ucho środkowe jest z początku prawidłowe, późniéj może przyjść do zaćmień błony bębenkowéj, a także do ropotoku. G. nie zgadza się z wypowiedzianem przez innych zdaniem, że głuchota kiłowa ma przyczynę w cierpieniu nerwów lub ośrodków. Obustronne występowanie choroby tak samo nie udowadnia tego przypuszczenia, jak obustronne zapalenie rogówki. Rozchodzi się tu raczéj o pierwotne zapal. ucha wewn., które jako takie dotychczas wykazano tylko w kile (odziedziczonéj lub nabytéj). Przestrzeń limfatyczna ucha środkowego jest też ulubionem miejscem jadu syfilitycznego. Leczenie jest prawie zawsze bez skutku, a tylko w okresie początkowym energiczne leczenie przeciwkiłowe przedstawia pewne widoki polepszenia. (*Archiv f. Ohrenheilkunde*, XXV. tom, zesz. 3 i 4).

Choroby skórne i weneryczne.

E. Saalfeld: **O leczeniu wyprysku u dzieci.**

S. podaje następujące przepisy: 1) jeżeli mamy do czynienia z wyprzaniem, należy przedewszystkiem śledzić za możliwemi jego przyczynami. Często znajdziemy odbyt jako punkt wyjścia, który znowu sam doznaje drażnienia kwaśno oddziaływającemi stolcami biegunkowemi; należy więc przedewszystkiem biegunkę zwalczać; następnie poleca się zimne okłady (5% rozczyn kwasu borowego z wodą wapienną *aa)*, następnie pędzluje się po ustąpieniu ostrych objawów 5% maścią borową lub w razie silnego sączenia wysusza się pierwéj pudrem (*Talcum* lub *Zinc. oxyd.*, *Talc.*, *Amyl. ana*). Oczywiście baczną należy zwrócić uwagę na czystość; 2) jeżeli chore dzieci są bardzo otyłe, należy przedewszystkiem odpowiednio pokarmy uregulować. Najczęściéj rozchodzi się w takich przypadkach o wyprysk głowy i twarzy; wtedy należy strupy rozmiękczyć za pomocą czystéj oliwy i zastósować pastę borową (*Rp. Ac. boric. 1·50, Zinc. oxyd., Amyl. ana 5·0, Vaselin. flav. ad 30·0*) lub maść Wilsona (*Rp. Benzoës pulv. 1·0, Axung. porc. 32·0, Digere, cola adde Zinc. oxyd. 5·0*). W postaciach więcéj łuszczących się poleca się maść z *Hydrarg. praec. alb. 1·0, Bals. Peruv. 5·0, Ung. Wilsoni ad 30·0*. Maść należy starannie za pomocą odpowiednich masek przykładać. W zołzach należy równocześnie przepisać tran z fosforem lub arszenikiem (*Ac. arsenicos. 0·005, coq. c. a. dest. 40·0*. S. Łyżeczkami zażywać). Na ciele znajdujące się wypryski pokrywa się grubą warstwą waseliny, na to sypie się grubo puder i pokrywa się koszulą lub płótnem umocowanem opaskami; 3) w wypryskach głowy należy zawsze śledzić za wszami (sublimat 1:4000), a potem dopiero można leczyć maściami. Tak samo należy szukać świerzbu, przeciw któremu używać należy bals. peruw. lub styraksu (z oliwą *ana*). Dziegieć nie jest odpowiednim do leczenia wyprysku dzieci. Jeżeli chcemy go przecież zastosować przeciw wypryskowi naciekłemu, łuszczącemu się, wtedy należy kilka kropel wetrzeć w chore miejsce i po użyciu pudru i maści obojętnéj zawiązać. To robi się 2 razy dziennie, wogóle 4—8 razy, poczem zmywa się dziegieć letnią wodą mydlaną, aby po 24-godzinnéj przerwie to postępowanie znowu powtórzyć. (*Arch. f. Kinderheilkunde*, XI. 2).

Dr. Bf.

Choroby nerwowe.

Vermel (Paryż): **Rola kiły w etyjologii uwiądu rdzenia i porażenia postępującego.**

Związek między uwiądem rdzenia i porażeniem postępującem a przebytą kiłą był i jest jeszcze przedmiotem licznych badań. Od czasu wybitnych prac Fourniera większość neuropatologów przypisuje powstanie uwiądu kile i stosuje w téj chorobie leczenie przeciwkiłowe. Jednakże bliższe rozważenie cyfr, trudność w otrzymywaniu dokładnych wywiadów czynią nas sceptycznymi wobec wniosków wysnutych ze statystyki. I w rzeczy saméj cyfry przedstawione w tym względzie przez autorów są bardzo sprzeczne. Podczas gdy jeden z nich spotykał między tabetykami 60 do 80% syfilitycznych (Fournier nawet 90), inny znajdował na 100 tylko 10 do 20 syfilitycznych. Niektórzy autorowie opierają się na śmiesznie małéj statystyce: i tak n. p. Möbius z pięciu przypadków uwiądu, między którymi znalazł 4 dotkniętych poprzednio kiłą, wypowiada kategoryczne zdanie na korzyść wpływu etyjologicznego kiły na uwiąd.

Jeżeli nawet przypuścimy, że dane statystyczne przemawiają za związkiem etyjologicznym dwóch wymienionych chorób, pozostaje jeszcze do wykazania, czy istnieje między niemi ścisły, bezpośredni związek przyczynowy. Sprzeciwiają się jednak temu przypuszczeniu fakta, jak n. p. okoliczność, że u prostytutek, u których kiła jest bardzo częstą, uwiąd rdzenia należy do rzadkości. I wyniki leczenia zdaniem V. przemawiają przeciw związkowi przyczynowemu pomiędzy uwiądem a kiłą. Rtęć, ten środek dzielny przeciw kile, zawodzi najczęściéj, gdy ją stosujemy przeciw uwiądowi lub pora-

żeniu postępującemu. Wprawdzie od czasu do czasu ukazują się publikacyje przypadków *tabes* wyleczonych rtęcią, jednakże w przypadkach tych albo rozpoznanie bywa niepewne, albo wyleczenie wątpliwe. Wreszcie przytacza V. jako najsilniejszy argument swojego twierdzenia wyniki z doświadczeń Mendla, który przez szybkie a częste obracanie psów zdołał u nich wywołać wszystkie objawy porażenia postępującego. Powstanie téj choroby u psów pod wpływem obracania na kole, na którego obwodzie znajduje się głowa zwierzęcia, tłomaczy Mendel stałem przepełnieniem naczyń mózgowych i zmianami molekularnemi w tychże naczyniach się wytwarzającemi. Wstrzykując takim psom sublimat zauważył Mendel, że porażenie postępujące rozwijało się o wiele szybciéj i łatwiéj, a tłomaczył to tem, że przepełnienie działa na naczynia pod wpływem rtęci zmienione łatwiéj, niż na naczynia zdrowe. Podobnie, sądzi V., i kiła, jak powszechnie wiadomo, działa przedewszystkiem na układ naczyniowy, a ztąd wpływy szkodliwe (opilstwo, wzruszenie psychiczne itd.), wywołujące przekrwienie czynne mózgu, działają na człowieka kiłą dotkniętego, a tem samem na człowieka z chorobowo zmienionemi naczyniami znacznie energiczniéj niż na człowieka, którego układ naczyniowy jest zupełnie zdrowy. Rzecz naturalna, że teoryja ta, uważająca kiłę jako czynnik sprawiający zboczenia w odżywieniu, różni się wielce od przyjętéj teoryi pasorzytniczéj i tłomaczy ona nie tylko. dlaczego leczenie specyficzne nie odnosi skutku w uwiądzie rdzenia i porażeniu postępującem, lecz także poucza nas, że ten sposób leczenia może być bardzo szkodliwy, gdyż rtęć jest trucizną działającą na układ naczyniowy.

Taki jest stosunek uwiądu rdzenia i porażenia postępującego do kiły: uwiąd nie jest objawem lub następstwem kiły, lecz jest inną chorobą, któréj pochodzenie w pośrednim tylko związku do kiły stoi. (*Le Progrès médical* 1890, Nr. 8).

Dr. Beck.

Choroby umysłowe.

Hoeslin: O chorobach umysłowych w przewlekłem zapaleniu nerek.

Związek między białkomoczem i zboczeniami umysłowemi był już przedmiotem wielu prac, stwierdzających występowanie białka w następstwie przewlekłych chorób mózgowych. Na odwrót znane są liczne przypadki, w których podczas przewlekłéj choroby nerkowéj wystąpiły trwałe lub przemijające zboczenia umysłowe, stojące w związku przyczynowym z ostatnią. I tak spostrzegał Köppen kilku chorych, u których w przebiegu przewlekłej choroby nerkowéj występował ostry obłęd, już to szal, już też osłupienie. Nie wszystkie jednak przypadki, w których w przebiegu choroby nerkowéj równocześnie z rozwijaniem się charłactwa lub niedokrewności umysł uległ zmianie, można tu zaliczyć. Podobnie jak w przewlekłych chorobach serca, można stwierdzić w chorobach nerek ciężkie objawy mózgowe, jak niepokój, stany lęku, majaczenia, halucynacyje, które albo są następstwem niedokrewności, niedostatecznego odżywienia albo obrzęku mózgu. Z drugiéj strony jednak zdarzają się rzeczywiście przypadki, w których u chorych dotkniętych przewlekłą chorobą nerkową, gdy ogólny stan jeszcze jest dobry, analogicznie do nagłego i niespodziewanego występowania napadu mocznicowego występuje nagle zboczenie umysłowe, po którem, jak po napadzie mocznicowym, może pozornie wrócić zdrowie. W takich przypadkach mamy prawo przypuszczać, że w podobny sposób, jak zamiast rozwiniętego motorycznego napadu epileptycznego występować mogą t. z. równoważniki epileptyczne, tak i zamiast napadu mocznicowego z drgawkami, dychawicą lub zapadem może raz wystąpić zboczenie umysłowe i że jego przyczyna jest ta sama, która w innych przypadkach sprowadza zwykły napad mocznicowy. Przypuszczenie to jednak jest tylko wtedy dozwolone, jeżeli z przebiegu klinicznego, lub jeszcze lepiéj z oględzin pośmiertnych wynika, że powikłania z destruktywnemi lub zapalnemi chorobami mózgu, stojące w bezpośrednim związku z spostrzeganą psychozą, można wykluczyć. H. opisuje przypadek, w którym związek psychozy z przewlekłą chorobą nerkową i występowanie zboczenia umysłowego zamiast mocznicy jest bardzo prawdopodobnem. (*Münch. med. Woch.* 1989, Nr. 42).

Medycyna sądowa.

Gilles de la Tourrete: O hypnotyzmie i stanach pokrewnych ze stanowiska medycyny sądowéj.

Znajomość tych stanów wobec sądu jest bardzo ważną, albowiem jeżeli ktoś podaje, że podczas hypnozy stał się ofiarą zbrodni n. p. zgwałcenia i przy tem opisuje wszystkie jéj szczegóły, zbyt łatwo jest się pochopnym do przypuszczenia udawania. Celem rozstrzygnięcia takich pytań ważną jest okoliczność, że takie osoby zawsze okazują tylko jeden oznaczony typ. Z tych jest letargija (z powodu zniesionéj świadomości i zdolności odczuwania) najwięcéj, katalepsyja (z powodu jéj krótkiego trwania) najmniéj odpowiednią do zamachu na ludzi. Poddawaniu hypnotycznemu przypisuje G. bardzo małe znaczenie sądowo-lekarskie. Określa on to zjawisko jako przeniesienie myśli na osobę, które zostają przemienione w czyny i to tak podczas, jakoteż po hypnozie, w ostatnim przypadku jednak bez zatrzymania wspomnienia o okolicznościach, wśród których wydano polecenie lub o osobie, która je wydała. Co się tyczy korzyści hypnotyzmu, to G. ogranicza zastosowanie jego w celach leczniczych do przypadków czystéj macicznicy i widzi jego skuteczność w poddawaniu. U obłąkanych hypnotyzm nie skutkuje, chyba w chorobach mózgowych pochodzenia histerycznego. Jego zastosowanie w chirurgii zamiast chloroformowania ograniczy się do tych nielicznych przypadków, w których wrażliwość osoby na hypnozę bardzo jest rozwiniętą. Niebezpieczeństwa hypnotyzmu uważa G. za tak wielkie, że tylko lekarze powinni się nim zajmować i to tylko w celach leczniczych, mianowicie, u wybitnie macicznniczych. W końcu swéj rozprawy czyni G. następujące wnioski: 1) somnambul, który udziela chorym porady, staje się winnym nieuprawnionego wykonywania sztuki lekarskiéj; 2) magnetyzer, jako przyczyniający się do nieuprawnionego udzielania pomocy lekarskiéj, skazanym zostanie na taką samą karę, co somnambul; 3) jeżeli lekarz zastępuje miejsce magnetyzera, to i on karanym będzie jako pomocnik do powyższego występku; 4) osoby, czytające podczas snu w myślach drugich, prorokujący z linii rąk i t. d. zasługują na karę z powodu zabiegów szalbierskich; 5) należy zabronić wszelkich stowarzyszeń dla magnetyzmu; 6) publiczne przedstawienia magnetyzmu, połączone z doświadczeniami w celach wyzyskiwania, nie powinny być dozwolone. (Hamburg, 1889). *Dr. Bf.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja czortkowska Tow. lek. galicyjskich.

W dniu 12 b. m. odbyła sekcyja czortkowska Tow. lek. gal. doroczne posiedzenie administracyjne, na którem ponownie wybrani: przewodniczącym c. k. lek. pow. kol. Wągrowski, sekretarzem kol. Lutyński, delegatem na tegoroczne walne zgromadzenie c. k. lek. pow. kol. Obtułowicz.

Kolega Wągrowski zalecił wybranemu delegatowi poruszyć na walnem zebraniu sprawę fundacyi Sadowskich, któréj fundusz na założenie szpitala w Czortkowie wynosi już około 60.000 złr., aby w właściwéj drodze Towarzystwo dało impuls do wprowadzenia téj fundacyi w życie. Kol. Obtułowicz wniósł aby Tow. lek. gal. przystąpiło do budowy własnego budynku, w którym umieszczoną by była dość już pokaźna biblijoteka Towarzystwa i gabinet bakteryjologiczny, dla którego subwencyję od Wys. Rządu wymagać byłoby rzeczą słuszną. Przez wynajęcie reszty budynku dałby włożony kapitał dochód przewyższający oprocentowanie papierów wartościowych. Następnie podniósł kol. Obtułowicz potrzebę obostrzenia przepisów zmuszających do zniesienia handlu i ogłaszania t. zw. leków tajnych i specyfików, oraz do skutecznego zbronienia krążącym technikom zębowym wszelkich rękoczynów dentystycznych.

Sekcyja zgodziła się na poruszenie spraw powyższych na walnem zebraniu.

Kol. Lutyński wnosi, aby Tow. lek. gal. w drodze odpowiednéj dało inicyjatywę do wydania ustawy państwowéj, zabezpieczającéj lekarzom i ich rodzinom odszkodowanie na przypadek, gdy ci w wykonywaniu swego zawodu narażeni zostali na utratę zdrowia lub życia. Wnioskodawca podnosi, że na społeczeństwie niewątpliwie ciąży obowiązek takiego odszkodowania

i porównywa w tym względzie stan lekarski z stanem wojskowym, z tą tylko na korzyść stanu lekarskiego różnicą, że gdy wojsko w większéj części pełni służbę pokojową i tylko w pewnych długiemi okresami pokoju przedzielonych peryjodach czasowo bywa narażone na niebezpieczeństwo wojny, to lekarze są nieprzestannie niejako na stopie wojennéj i ustawicznie w zawodzie swym zdrowie i życie narażają. Gdyby kto zarzucił, że lekarze wybierają dobrowolnie swój pełen niebezpieczeństw zawód, gdy zaś obowiązek służenia w wojsku jest przymusowy, to zarzut ten obala się tem, że wszyscy ci, którzy stan wojskowy jako swój zawód obierają i w tym celu wykształcenie wojskowe otrzymują, a więc wszyscy oficerowie, również dobrowolnie służbie wojskowéj się oddają i w niéj znajdują swe utrzymanie i zabezpieczenie na przyszłość. Z drugiéj zaś strony państwo wkłada również na lekarzy przymus niesienia pomocy chorym, bez względu na to, że często lekarz wskutek niéj naraża lub traci swe życie i bynajmniéj nie pozostawia lekarzowi wolności odmówienia swego spółdziałania, choć życie jego na niebezpieczeństwo jest narażone. Jest więc rzeczą słuszną i godziwą, aby społeczeństwo uznało swój obowiązek obmyślenia dla lekarzy należącego się im zabezpieczenia. Byłoby zatem rzeczą chlubną i na wdzięczne uznanie wszystkich lekarzy zasługującą, gdyby Tow. lek. galic. z całą energiją wzięło w tak sprawiedliwéj ustawie inicyjatywę.

Zebrani członkowie sekcyi gorąco zalecili wytoczenie téj kwestyi na walnem zgromadzeniu. *Dr. Lutyński* sekretarz.

VI. Zakopane jako miejsce klimatyczne.

Napisał
Dr. Stanisław Ponikło.
Docent U. J. i c. k. lekarz powiatowy.

Homo cur vivit, quia non putescit

Zadaniem niniejszéj rozprawki nie jest bynajmniéj robienie reklamy miejscowościom podtatrzańskim, w szczególności Zakopanemu — przeciw temu piszący się wyraźnie zastrzega. Celem jéj jest przedstawienie sposobem nieuprzedzonym obrazu klimatu Zakopanego, ocenienie poszczególnych czynników, które składają się na to, co „klimatem“ zowiemy, na podstawie danych ile być może pewnych i ścisłych i wysnucie stąd wskazań i przeciwwskazań ogólnych i szczegółowych. Minęły te czasy, kiedy prosta empiryja wyrabiała sławę miejscowościom klimatycznym, dzisiaj zdajemy się patrzeć więcéj umiejętnie i więcéj skeptycznie na „czyste i zdrowe powietrze“, nie zadowalamy się ogólnym aksyjomatem: „klimat górski jest podniecający“, lecz badamy poszczególne zjawiska fizyczne, klimat stanowiące i wpływ tychże na ustrój w stanie bądź prawidłowym bądź chorobowym. A przecież empiryja wyprzedziła tu, jak w wielu innych przypadkach, umiejętność i od lat 20-tu uzdrowiska szwajcarskie jak Davos, St. Moritz i inne nabrały sławy jako panacea przeciw suchotom płucnym, a sława ta dopiero od kilku lat poczęła zyskiwać podstawę i poparcie w naszych zdobyczach naukowych.

Jeszcze przed kilkunastu laty, ktoby się był pokusił podnosić zalety Zakopanego, miejsca o klimacie górskim typowo kontynentalnym, gdzie „tak mała jednostajność ciepłoty i gdzie — *horribile dictu* — przez cały tydzień nawet może być horyzont przysłonięty ołowianym całunem chmur“ jako miejsca klimatycznego, skutecznego n. p. w chronicznych cierpieniach płucnych, byłby z pewnością odesłany ze swym opisem klimatu do publikacyi n. p. komisyi fizyjograficznéj lub do jakiego turystycznego Baedekera, a zbytni zapał w refleksyjach i dedukcyjach leczniczych ochłodzony, jak gdyby był oblany zimną wodą źródeł Dunajcowych. Teraz inaczéj, bo *tempora mutantur*, lecz tym razem zdobycze naukowe osłabiły dawny nasz stopień krótkowzroczności w téj mierze.

Owóż biorąc stąd pochop, pozwalam sobie opisać klimat Zakopanego, opierając się na datach meteorologicznych i innych, o ile mi były dostępne, ocenić pokrótce wartość tego klimatu i poczynić swoje skromne wnioski co do skuteczności zastosowania takowego w różnych zboczeniach ustroju.

Co do tego ostatniego, każdy z łaskawych czytelników położywszy pewne zaufanie w prawdziwość przytoczonych przezemnie dat, z łatwością wywnioskuje sobie na podstawie swego doświadczenia i ze swego punktu widzenia wskazania i przeciwwskazania.

I) Położenie.

Na granicy Galicyi i Węgier, mniéj lub więcéj pomiędzy 49°2′ a 49°′ północnéj szerokości, zaś między 36°48′ a 38°6′ wschodniéj długości (od Ferro), wznosi się łańcuch gór na 112 kilom. długi, a 45 kilom. szeroki, zwany „Tatrami“. Łańcuch ten stanowi najwyższe wzniesienie Karpat, i stąd bywa także „centralnemi Karpatami“ zwany. Nie łączy się atoli ściśle z grzbietem Karpat, lecz jest oddzielony od tegoż prawie ze wszystkich stron rozległemi dolinami, stanowiąc niejako odosobnioną grupę gór. Od północy rozciąga się rozległa dolina Nowotarska, wznosząca się od Nowego Targu ku Tatrom od 600—1000 m. ponad poziom morza, pomarszczona licznemi pagórkami; po niéj szumi Dunajec ze swemi dopływami — od południa spadają łagodnemi tarasami doliny Spiska, Liptowska i Orawska ku Niżnim Tatrom, unosząc wody dopływów Wagu ku wielkiéj nizinie węgierskiéj, jeden tylko poprzód, na południowéj stronie Tatr biorący początek, okrąża od południowego wschodu Tatry i przedzierając się na stronę północną, łączy swe wody z Dunajcem.

Tatry noszą na sobie charakter „alpejski“, jądro ich granitowe, otoczone przedgórzami wapiennemi, grzbiet Tatr wyniesiony jest średnio na 2000 m., z którego atoli liczne szczyty wystrzelają do wysokości przeszło 2660 m. ponad poziom morza. Doliny wnętrza Tatr wązkie, otoczone ścianami skalistemi bardzo stromemi. Chociaż grzbiet Tatr i wszystkie wyższe szczyty są położone powyżéj przypuszczalnéj granicy wiecznego śniegu (biorąc wzgląd na nasz klimat), jednak nie ma w Tatrach właściwych lodowców z powodu nazbyt stromych ścian grzbietu i szczytów, tylko w górnéj części wysokich dolin wnętrza Tatr, w szczelinach skal i osłoniętych żlebach trwa śnieg częścią zlodowaciały w mniejszych lub większych płatach.

Wnętrze Tatr na przestrzeni więcéj niż 16-tu myriametrów kwadratowych jest niezamieszkane, z wyjątkiem czasowego pobytu letniego juhasów, wypasających na łąkach Tatrzańskich (polanach) bydło i owce, jestto kraina dzika orłów, kozic i świstaków, pomiędzy które się zaplątą od czasu do czasu drapieżny ryś lub niedźwiedź. Podnóże Tatr i stoki gór do wysokości 1500 m. są bujnie zalesione: głównymi przedstawicielami drzew las tworzących są: świerk, jodła, modrzew, sosna; wyjąkowo rośnie w kilku dolinach brzoza, klon górski, buk i limba. Powyżéj granicy właściwego lasu aż do wzniesienia 1880 m pełza po stokach gór skarlowaciała sosna (kosodrzew). Polany tatrzańskie i zboże łagodniejsze niektórych gór odznaczają się obfitością traw wonnych i ziół o kwiatach zdobnych żywemi barwami. Powyżéj 1900 m. kraina dzika nagich szczytów i granitów pozbawionych prawie zupełnie wegetacyi.

Otóż na północno zachodnim stoku Tatr na najwyższym tarasie doliny Nowo-Tarskiéj, poprzerzynanéj licznemi strumykami górskiemi, niejako w równinie zamkniętéj od północy pokaźnemi wzgórzami, wśród wspaniałéj sceneryi alpejskiéj rozciąga się rozległa wieś, Zakopane na 8 kilometrów wzdłuż a 6 kilom. wszerz, jako ostatnia przed Tatrami osada. Najniższe punkta téj wsi wyniesione są na 780 m. najwyższe 1000 m. ponad poziom morza, środek wsi leży mniéj lub więcéj na 830—900 m.

Ustronie to górskie przed laty 30-tu tylko przez turystów i badaczy przyrody zwiedzane, poczęło później ściągać coraz to liczniejszych gości, szukających wytchnienia w porze letniéj, co skłoniło przemysłową ludność miejscową do budowania odpowiednich domów i willi i do starania się o coraz to większe wygody dla gości.

Równocześnie Towarzystwo Tatrzańskie, nie ograniczając się do działania turystycznego w Tatrach, pracowało wytrwale a skutecznie w kierunku rozwoju Zakopanego, szerząc w pismach swych wiadomość o przymiotach i pięknościach tego wspaniałego zakątka alpejskiego, dążąc do coraz to większych ulepszeń w miejscu, kołatając u władz o urządzenie dobrych komunikacyj, dbając nie mniéj o uromaicenie

willegiatury gości przyjemnościami towarzyskiemi. Dzięki tym zabiegom, tudzież znakomitemu wpływowi nieodżałowanéj pamięci Dra Chałubińskiego, kierowanemu miłością rzeczy ojczystych, uwielbieniem przyrody i na umiejętności opartem ocenieniem klimatycznych zalet Zakopanego, wzrosło Zakopane i wsławiło się jako uzdrowisko pierwszego rzędu i stało się w ubiegającym dziesiątku lat miejscem *rendez-vous* wybitnéj części społeczeństwa naszego, która w czystéj atmosferze, wśród zdumiewających obrazów przyrody i szumu rodzinnych lasów bądź chce krzepić skołatane wytężającemi wymogami nowoczesnéj cywilizacyi siły, bądź wprost szuka ulgi i uleczenia cierpień fizycznych. I nie jeden już znalazł, czego szukał — niejeden, który nieufny klimatowi naszemu dawniéj przemieszkiwał po hotelach dalekich Alp, bijąc aplaus cywilizacyjnym *table d'hôte'om*, poznawszy naocznie Zakopane, zamienił obojętność w zapał i stał się jego zwolennikiem. Co więcéj i cudzoziemcom Zakopane imponować poczęło i gościło już u siebie wielu wybitniejszych przedstawicieli obcych krajów.

To wszystko zawdzięcza Zakopane nie zmiennéj i kapryśnéj modzie, lecz istocie rzeczy, swéj wewnętrznéj wartości i rozjaśnionemu poniekąd najnowszemi zdobyczami naukowemi zapatrywaniu na wartość leczniczą klimatu górskiego podaplpejskiego.

W roku 1886 zostało Zakopane uznane za stacyję klimatyczną i odtąd tym szybszym krokiem postępuje, gdy Zarząd stacyi działa bezustannie w kierunku asanacyi, stara się o naprawę dróg i drożyn, kontroluje budowę domów, rozporządzanie odpadkami, zarządza badanie sanitarne żywności dowożonéj, wyjednał ustanowienie apteki w miejscu i utrzymuje stale lekarza.

Zaprowadzenie drogi żelaznéj transwersalnéj i wybudowanie dobrego gościńca z Nowego Targu do Zakopanego ułatwiło i skróciło podróż, nabycie dóbr Zakopańskich przez rodaka i patryjotę rokuje tem łatwiejsze zaprowadzenie ulepszeń w przyszłości.

Od lat kilku istnieje w Zakopanem zakład wodoleczniczy Dra Piaseckiego, a od 3-ch zakład takiż na wielką skalę prowadzony Dra Chramca, ściągające bardzo znaczną ilość chorych, którzy obok specyjalnego leczenia wodą korzystają z warunków klimatycznych miejscowych, tak w lecie jak w zimie

Dzięki przemysłowości prywatnéj stanął obok licznych willi i domów wygodnych hotel z komfortem prawie wielkomiejskim urządzony.

Rozumie się, że jeszcze wiele rzeczy wyczekuje ulepszenia, niejeden szczegół sprostować należy, niejedno zreformować, lecz nieuprzedzony stwierdzi ustawiczny postęp Zakopanego, jako miejsca klimatycznego, rokujący, iż niedługo Zakopane będzie mogło skutecznie współzawodniczyć ze stacyjami alpejskiemi zagranicy.

Zakopane tedy jest stacyją klimatyczną; zbadajmy jego klimat i oceńmy poszczególne czynniki klimat stanowiące na podstawie dat ścisłych i spostrzeżeń meteorologicznych. (D. c. n).

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

E. Herter (Berlin): **O wpływie przygotowywania na strawność mięsa wołowego i rybiego.**

H. donosi o swych badaniach porównawczych, odnoszących się do trawienia białka mięsa surowego, pieczonego i wędzonego w sztucznym soku żołądkowym. Oprócz chudego mięsa wołowego, naszego głównego pożywienia mięsnego, badał jeszcze tłuste mięso węgorza rzecznego. Równe ilości rozmaitych próbek mięsnych po rozdrobnieniu i uwolnieniu od tkanki łącznéj mięszano z 10 gr. HCl. z pepsyną i 10 gr. wody destylowanéj przy ciepłocie krwi przez 4 do $5^1/_2$ godzin. Po upływie tego czasu, gdy trawienie jeszcze nie było ukończone, przerywano doświadczenia, wiążąc kwas chlorowodowy we wszystkich próbkach równocześnie przez nadmiar węglanu wapniowego. Nierozpuszczone części mięsne, razem z strątem powstałym po zobojętnieniu zbierano na odważonym sączku, suszono przy 110°, ważono, potem spalano i odciągano ciężar popiołu. Białko w rozpuszczeniu pozostałe, niezamienione w pepton, oznaczano przez poddanie przesączonych płynów ciepłocie wrzenia a powstałe skrzepy zbierano również na odważonym sączku i ważono. Suma tych dwóch wartości przedstawia ilość niestrawionego, to znaczy nie speptonizowanego białka. Z różnicy między tą samą i ogólną zawartością białka, dla każdego rodzaju mięsa oznaczonego, obliczano ilość strawionego t. j. w pepton zamienionego białka. Aby badać wpływ ciepłoty wrzenia na strawność, ważono po dwie próbki surowego mięsa i wystawiano jednę z nich na działanie pary wrzącéj wody, podczas gdy drugą przechowywano w niskiéj ciepłocie, potem postępowano z obiema w jednakowy sposób, jak powyżéj i stwierdzono, że w ten sposób wędzone mięso jest trudniéj strawne. Robiono także próby z rybami wędzonemi. Wiadomo, że wędzenie poprzedza nasolenie mięsa rybiego. Wbrew rozpowszechnionemu uprzedzeniu okazały się kupne wędzone węgorze jako bardzo dobrze strawne. Jeżeli porównamy mięso ryb z mięsem wołowem, to okazuje się surowe mięso rybie trudniejszem do speptonizowania niż surowe mięso wołowe. Ponieważ jednak ciepłota wrzenia strawność mięsa wołowego bardziéj upośledza, niż mięso węgorza, więc różnica nie jest tak znaczną dla mięsa gotowanego. Ryby gotowane jakoteż wędzone stanowią więc lepsze i łatwiéj strawne pożywienie, niż to powszechnie się przypuszcza. (*Deut. med. Woch.*, 1889, Nr. 40).

E. Esmarch: **O losie drobnoustrojów chorobotwórczych w obumarłem ciele.**

E. starał się doświadczalnie stwierdzić, co się staje z chorobotwórczych drobnoustrojów w trupie. Wykazuje on, że drobnoustroje te wkrótce po śmierci nośników zakażenia przestają daléj się rozwijać i że wnet następuje zupełna ich zagłada, która wtedy szybciéj występuje, jeżeli są warunki do silnie rozwijającéj się zgnilizny. Względnie szybkie obumarcie prątków patogenicznych odnieść należy najczęściéj do nadmiernego rozrostu silniéj i szybciéj rosnących prątków gnilnych, które albo mechanicznie wskutek nadmiernéj swéj ilości słabszym rodzajom odbierają tlen, albo też przez wymianę materyi nagromadzają dla innych gatunków szkodliwe składniki, sprowadzające ich śmierć, a może także w końcu swoją własną. Z badań tych czyni E. wniosek, że zagrzebanie zwierząt, które zginęły wskutek chorób zakaźnych, jak wąglika i t. d., jest dobrym środkiem celem zapobiegania dalszemu zarażeniu przez zwłoki. (*Zeit. f. Hyg.*, 1—34).

Dr. Baschkopf.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dn. 24 kwietnia. Koło polskie we Wiedniu po długich rozprawach uchwaliło, aby zabrać głos w Izbie poselskiéj przy tytule wydatków na zarząd centralny Min. oświecenia i aby przemawiający, obok żądania pomnożenia liczby gimnazyjów w Galicyi, zaznaczył, że Minister złożył w roku przeszłym deklaracyję, że Uniwersytet lwowski będzie uzupełniony Wydziałem lekarskim, a kraj i reprezentacyja jego oczekują spełnienia tego przyrzeczenia.

* Czeska Akademija Umiejętności stała się rzeczywistością. Na podstawie przedstawienia Wydziału krajowego cesarz zamianował pierwszą $^1/_3$ część członków (w liczbie 19). Pomiędzy zamianowanymi znajdują się z przyrodników: prof. fizyki Zenger, prof. geodezyi Koristka, botaniki Celakovsky. Daléj mianowani zostali uczeni reprezentanci innych gałęzi naukowych, oraz poeta Emil Frida (Jarosław Vrchlicky), kompozytor Dvorak, prof. rzeźbiarstwa Myslbek, malarz Brozik i budowniczy Hlavka; ostatni poświęcił sumę 200.000 złr. dla Akademii. Pobratymcom naszym powinszować należy tak ważnéj instytucyi!

* Na posiedzeniu z dnia 8 kwietnia 1890 r. Ministerstwo spraw wewnętrznych zakazało rozsprzedaży t. zw. specyjalności *Warner safe.*

* Rząd austryjacki zamierza delegować stałego reprezentanta do Rady sanitarnéj międzynarodowéj w Konstantynopolu.

* Donoszą nam z Gleichenberga, że na wzór istniejącego już od roku szybu, do którego woda ze źródła Konstantyna odprowadzoną została i tam bezpośrednio bez pomocy pompy

napełniają flaszki, obecnie urządzają podobny szyb dla źródła Jana, który za dni kilka będzie ukończony i tym sposobem wszelka istnieje nadzieja, że woda z obydwóch źródeł wcale niezmieniona rozsyłaną będzie.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Pod kierunkiem docenta Dra Julijusza Schöffa młodszego otwartem zostało ambulatoryjum dentystyczne uniwersyteckie; jest to początek szkoły dentystycznéj, któréj dotąd w państwie austryjackiem nie było. Może przecież inne Wydziały lekarskie pójdą za przykładem Wiednia; byłby czas, aby lekarze chcący kształcić się w téj ważnéj specyjalności, nie byli zmuszeni udawać się za granicę.

Zmarli: w Dreznie radzca lekarski Dr. Küchenmeister, znany helmintolog, licząc lat 69. — W Miechowie Dr. Ksawery Franciszek Gawroński, wychowaniec uniw. krakowskiego, w 58 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 16: Dunina: Kilka uwag o t. zw. nerwicach traumatycznych; Ziemińskiego: O czerwonowidzeniu (c. d.); Pawińskiego: O wpływie influenzy na serce (dok.). — W *Medycynie* Nr. 16: Sznabla: Rzadka forma wysypki; Krajewskiego: Przyczynek do dochodzenia dzieciobójstwa (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. Justyn KARLIŃSKI: Pyämie oder Lyssa? (Odbitka z *Prager med. Woch.* 1889, Nr. 14), in 8-vo, str. 7. — Klemens DĘBICKI: Iwonicz w r. 1889, Lwów 1890, in 8-vo, str. 35.

Posiedzenie Towarzystwa ginekologicznego w Krakowie odbędzie się 29 kwietnia o godzinie 6-téj wieczorem w pracowni Doc. Dr. A. Marsa (ulica Grodzka). Porządek dzienny: 1. Odczytanie protokółu z ostatniego posiedzenia. 2. Dalszy ciąg odczytu kol. Marsa o przekroju rodzącéj. 3. Kol. Cercha wygłosi odczyt: O mięsieniu w ogólności i zastosowaniu tegoż do leczenia cierpień ginekologicznych.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 3 Maja 1890. Nr. 18.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Przyczynek do nauki o promienicy [1]).

Dziewięć przypadków promienicy ludzkiéj
podał
Dr. Roman Bārącz,
operator we Lwowie.

W Nrze 12-tym „Przeglądu Lekarskiego" z roku 1888 opisałem 2 przypadki promienicy okolicy szczękowéj z tego względu ciekawe, że zarażenie w przypadku drugim najprawdopodobniéj nastąpiło przez pocałunek.

Od tego czasu spostrzegałem siedm nowych przypadków téj choroby, nadto w 2-ch pierwéj obserwowanych nastąpił powrót choroby po dłuższym upływie czasu. Przypadki te zasługują już z tego powodu na ogłoszenie, że są to pierwsze we wschodniéj Galicyi spostrzegane i dokładniéj obserwowane. W pracy niniejszéj chcę omówić obraz kliniczny téj choroby na podstawie własnego doświadczenia i przytoczyć dokładne historyje chorób tych przypadków.

We wszystkich zwróciłem szczególną uwagę na stosunki etyjologiczne i na przypuszczalną drogę wejścia grzybka do ustroju i starałem się zbadać stan gruczołów chłonnych w sąsiedztwie sprawy chorobowéj; w 6-ciu tylko przypadkach chorzy zgodzili się na operacyję doszczętną.

Z liczby 9-ciu chorych przynależy 6-ciu do Lwowa, jeden chory pochodzi z Glinny-Nawaryi, jeden z Chorodowa, jedna chora z Buczacza; zajęcia chorzy ci mieli następujące: jeden doróżkarz, żona tegoż doróżkarza, 2 poganiacze wołów, jeden kominiarz, jedna żona urzędnika kolejowego, jedna izraelitka (Buczacz) stanu wolnego, jedna pomocnica w kramie, jedna praczka.

B e z p o ś r e d n i ą s t y c z n o ś ć z b y d ł e m miało trzech chorych: doróżkarz i 2 poganiacze bydła; chorzy ci tem samem mieli często do czynienia ze sianem i zbożem; bydło, około którego chorzy chodzili, miało być zdrowem; doróżkarz ma zdrowego konia. Kominiarz miał lata zeszłego żuć zboże (jęczmień) w polu, żona urzędnika kolejowego mieszka w sąsiedztwie stajni tramwajowych i stogów siana; izraelitka z Buczacza wchodziła celem picia mleka codziennie do stajni krowiéj, pomocnica handlowa i praczka nie miała najmniejszéj styczności z bydłem, ani też z sianem i zbożem.

Co do s p o s o b u p o w s t a n i a choroby wywiedziałem się co następuje. W 5 przypadkach choroba rozwinąć się miała dość szybko w przeciągu kilku (3—8) tygodni; w 3 ch przypadkach rozwinęła się powoli: w jednym przypadku trwała od 3-ch miesięcy, w jednym od 6-ciu, w jednym 7 miesięcy. Jedynie przypadki III. i VIII. możnaby policzyć do ostrych postaci choroby opisanych przez H e l l e r a, K a p p e r a i M a t l a k o w s k i e g o; reszta miała przebieg więcéj chroniczny.

Co się tyczy s i e d z i b y c h o r o b y, to w 6-ciu przypadkach rozwinęła się takowa w okolicy szczęki dolnéj, w jednym zaś w okolicy szczęki górnéj, w jednym na końcu języka, w jednym na szyi w okolicy krtaniowéj.

O b r a z k l i n i c z n y choroby był, ogólnie biorąc, następujący: w 4 ch przypadkach choroba rozpoczęła się od silnego bólu zębów, w 3-ch przypadkach nieboleśnie; wkrótce potem albo też równocześnie powstawał obrzęk twardy, mało bolesny, na policzku w zakresie szczęki wśród znacznego utrudnienia otwierania ust; w środku obrzęków najczęściéj przychodziło do rozmięknienia. Obrzmiewanie policzka od czasu do czasu na kilka dni wśród zwiększenia szczękościsku mechanicznego i klęśnięcie na pewien przeciąg czasu wśród równoczesnego ułatwienia otwierania ust podawali wszyscy niemal chorzy tak, że objaw ten muszę uważać jako stały w promienicy szczękowéj. Obrzęki były zazwyczaj rozlane, bez ostrych granic, bardzo twarde (deskowate), nad szczęką zawsze nieprzesuwalne; w środku tych obrzęków znajdowałem zazwyczaj miejsce chełboczące. Skóra obrzęków była zazwyczaj lekko zaczerwieniona albo też blada, skóra miejsc rozmiękłych chełboczących zaś fioletowo lub różowo zabarwioną. Miejsca chełboczące przedstawiały się dla oka w postaci ropni falistych, poprzegradzanych głębszemi lub płytszemi rowkami. W 3-ch przypadkach w chwili badania nacieku twardego wcale nie było: ogniska promienicze przed-

[1]) Częściowo według wykładu wygłoszonego na I. zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w październiku 1889 r.

stawiały się dla oka jako zwykłe ropnie; promienica języka objawiala się twardym guzkiem na końcu tegoż.

Przypadek promienicy szyi odszczególniał się od innych nadzwyczajną twardością guza, który przedstawiał liczne nierówności, a zbitością przypominał nowotwór chrzęstny (*Enchondroma*); guz ten był zrośnięty za pomocą twardéj tkanki łącznéj z chrząstką tarczykową i kością gnykową, które jednak okazały się zdrowemi.

Treść ognisk rozmiękłych stanowiła w przeważnéj liczbie przypadków brudno-żółta lub brunatno czerwona, niecuchnąca ropa z przymieszką jużto skąpéj, jużto znaczniejszéj ilości cytrynowo-żółtych rzadziéj szarawo-zabarwionych grudek krągłych od wielkości ziarna maku do wielkości prosa, które poddane badaniu drobnowidowemu zawsze okazywały się jako *actinomyces*. W przypadku recydywy choroby po upływie $2^1/_2$ lat treść ropnia stanowiła mocno cuchnąca ropa z przymieszką grudek. Cztery razy treść miejsca chełboczącego stanowiła treść przeźroczystą, do śluzu podobną, z domieszką znacznéj ilości cytrynowo-zabarwionych grudek. U chorėj, u któréj po upływie 2-ch lat nastąpił powrót choroby, tak przy nacięciu pierwotnego ogniska, jak i drugiego treść ognisk stanowiła ciecz śluzową z domieszką charakterystycznych grudek; ropy wcale u niéj nie widziano.

W 8-iu zatem przypadkach nastąpiło równoczesne zakażenie kokami ropnemi, tak zw. zakażenie mięszane; w jednym tylko przypadku rozchodziło się o czystą postać promienicy. We wszystkich przypadkach z wyjątkiem jednego rozpoznawano z góry przed nacięciem ognisk rozmiękłych; badaniem drobnowidowem można było w każdym z nich stwierdzić charakterystyczne grzybki odosobnione, kolonije promienicowe i pałeczki odosobnione. Do badań drobnowidowych nie użyto żadnych barwików. W przypadku 4-tym, w którym zrazu rozpoznano: *parotitis epidemica*, przy nacięciu ropnia nie podejrzywano promienicy; dopiero przy drugim opatrunku zamiast ropy wypróżniła się ciecz śluzowa wraz z charakterystycznemi grudkami; badaniem drobnowidowem natychmiast stwierdzono promienicę.

Bardzo ciekawe spostrzeżenie zrobiono w przypadku pierwszym; badając drobnowidowo treść ropnia powstałego po upływie $2^1/_2$ lat w miejscu pierwotnego ogniska promienicowego i mającego cechy ropnia promienicowego, znaleziono przy badaniu drobnowidowem prócz ciałek ropnych ogniska składające się z samych nitek, często pokręconych wężykowato, układających się w gęste drzewka rozdzielające się wielokrotnie, pałeczek nie można było w ropie nigdzie odszukać. Za promienicową przyrodą przemawiał obraz kliniczny choroby, daléj okoliczność, że chory nie pozwolił na wykonanie operacyi doszczętnéj, a wreszcie obraz drobnowidowy. Trudno przypuścić, aby nitki znalezione w grudkach ropnia szczękowego były nitkami *leptothrix buccalis*, skoro w pierwotnem ognisku znaleziono zupełnie podobne nitki, a prócz tego pałeczki; nadto nitki *leptothrix* są o wiele cieńsze i nie rozgałęziają się. Podobne ciekawe spostrzeżenie zrobili w jednym przypadku W. v. Noorden[1]) i Nauwerk, którzy znalazłszy tylko dwa razy poprzednio pałeczki, przy następnych poszukiwaniach dopiero za pomocą barwienia metodą Grama mogli odszukać tylko rozgałęziające się nitki ułożone w kępy, pałeczek zaś więcéj odszukać nie mogli. Prof. Nauwerk oświadczył, że są to bez wątpienia nitki należące do grzybka promienicowego w wcześniejszym okresie rozwoju, gdzie nie przyszło jeszcze do zwyrodnienia, cechującego się charakterystycznemi pałeczkami. Prawdopodobnie ropa pierwéj wypróżniona odpowiadała dawniejszemu ognisku, gdzie przyszło już do degeneracyi t. j. wytworzenia pałeczek.

[1]) Bruns: *Beiträge zur klinischen Chirurgie* V Band I. Heft 1889, str. 215 i 216.

Podobnież Rotter[1]) poruszył na 15-tym zjeździe chirurgów w Berlinie okoliczności, że grudki promienicze nie zawsze składają się z kolonij i pałek, że ostatnie mogą się znajdować tylko w bardzo skąpéj ilości lub może ich zupełnie brakować, jak to miało miejsce w jednym przypadku promienicy płucnéj, w którym przy zupełnym braku pałek w grudkach obecność samych kęp złożonych z nitek i obraz kliniczny przemawiały za promienicą.

Karol Roser[2]) opisuje również przypadek przebiegający w postaci ropnego zapalenia tkanki podskórnéj szyi, w którym tylko podobne niteczki mógł odnaleźć przy badaniu drobnowidowem; pałeczek wcale nie mógł odszukać.

Nad wynikiem badania drobnowidowego przy powrocie choroby w tym przypadku (I) zastanowiłem się szczegółowo tem bardziéj, że kwestyja klasyfikacyi botanicznéj grzybka promienicowego nie jest jeszcze załatwioną. Niektórzy jak J. Israel uważają za rzecz możliwą, że grzybek ten należałoby zaliczyć do rzędu *Leptothrix-Streptothrix* na podstawie wielkiego podobieństwa nitek promienicowych do nitek *Leptothrix*, które to ostatnie także czasem przedstawiają pałeczkowate zgrubienia. Inni, jak Boström[3]), Afanassiew[4]) i Egbert Braatz[5]) przyszli na podstawie wielokrotnych badań do przekonania, że *Actinomyces* nie jest grzybkiem, tylko rozgałęziającą się bakteryją nitkową (*Fadenbacterie*), należącą do najwyższéj grupy bakteryj: *Cladothrix*. Może spostrzeżenie w moim przypadku zrobione rzuci choć słabe światło na tę ciemną kwestyję.

W promienicy okolicy szczękowéj zasługuje na szczególniejsze uwzględnienie stan zębów. We wszystkich przypadkach baczną zwróciłem na tę okoliczność uwagę i starałem się przekonać, o ile prawdopodobną jest rzeczą, że tą drogą grzybek promienicy wniknął do ustroju. W przypadku pierwszym przez kilka tygodni doznawał chory silnych bólów zębów i wkrótce po wyjęciu zęba najbardziéj bolesnego wystąpił szczękościsk i ropień na szczęce w miejscu chorych zębów. Ponieważ wszystkie zęby w dotyczącéj części szczęki były spruchniałe, można tu uważać zęby jako drogę wejścia grzybka do ustroju. W przypadku 2-gim w 3 tygodnie przed pojawieniem się obrzęku na szczęce wystąpił ropień na dziąsłach; po pęknięciu tego ropnia pozostał szczękościsk, a wkrótce potem ognisko na szczęce w miejscu ropnia na dziąsłach. Jakkolwiek chora nie doznawała bólu zębów, to jednak stan zębów w miejscu odpowiadającem ognisku promienicowemu i ścisły związek tego ogniska ze szczęką w tem miejscu przemawiają za tem, że i tu prawdopodobnie drogą zębów wniknął grzybek do ustroju choréj. (C. d. n.)

[1]) *Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie XV. Congress; Beilage zum Centralbl.* Nr. 24, ex 1886, str. 9. — [2]) *Deutsche med. Woch.* 1886, Nr. 22 i ref. w *Centralbl. f. Chirurg.* 1887, Nr. 3, str. 53. — [3]) *Ueber Aktinomykose. Verhandl. des IV. Congresses für innere Med.* 1885, pag. g. 4. — [4]) *St. Petersb. med. Wochenschr. XIII. Jahrg.*, 1888, Nr. 10, str. 84. — [5]) *St. Petersburg. med. Wochenschr. XIII. Jahrg.* 1888 Nr. 14, str. 84.

II. O laryngofisurze na podstawie własnego doświadczenia.

Podług wykładu mianego w Tow. lekarskiem krak. w czerwcu 1889 r., uzupełnione przypadkami późniejszemi.

Podał
prof. Dr. Pieniążek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17).

Wspomnieć mi jeszcze wypada o laryngofisurze bez poprzedzającéj ją tracheotomii.

Sam nie wykonywałem takowéj nigdy, ani też nie widziałem jéj w ten sposób wykonywanéj. Łatwo pojąć, że chory, który się kwalifikuje do laryngofisury, po największéj części podlega duszności, która przedewszystkiem tracheotomii wymaga. W naszych przypadkach tracheotomija przeważnie z konieczności poprzednio wykonaną została. Kilka razy musiała być zrobiona pospiesznie z powodu *periculum in mora*. Wykonania w razie duszności od razu laryngofisury zamiast tracheotomii nikt jeszcze dotąd nie próbował, jakkolwiek w niektórych razach byłoby to możliwe. Możnaby mianowicie rozciąć wiąz stożkowy, a następnie chrząstkę tarczykową, a rozwarłszy takową, spuścić głowę chorego ku dołowi i dokonać wśród krtani potrzebnych dalszych zabiegów, poczemby bez założenia kaniuli ranę zaszyć można Pamiętać jednak należy, że postępując w ten sposób oszczędzalibyśmy sobie jedynie tylko rozcięcie łuku chrząstki obrączkowéj, natomiast zaś mielibyśmy następujące niedogodności: 1) Z rozciętéj, zwyrodniałéj błony śluzowéj krtani powstać może krwotok czasem dość znaczny, który wobec duszności chorego łatwo do aspiracyi krwi powód dać może, zanim choremu głowę na dół opuścimy, a wykonanie takiéj laryngofisury od razu przy zwieszonéj głowie właśnie z powodu duszności na znaczną przeszkodę by napotykało. 2) Po dokonaniu w ten sposób laryngofisury absolutnie nie możemy założyć tamponu, co w wielu razach jest potrzebnem. 3) W razie wystąpienia ponownego zwężenia, jakie przy reakcyjnem obrzmieniu części operowanych wystąpić może, łatwo do zrobienia tracheotomii zmuszeni być możemy. Tak więc unikanie tracheotomii przed laryngofisurą w przypadkach, gdzie jest zwężenie krtani, nie miałoby racyi. Odpowiedniejszem już jest wykonanie laryngofisury bez poprzedniéj tracheotomii w tych przypadkach, gdzie chory nie podlega duszności, gdzie zatem od razu przy zwieszonéj głowie bez obawy operować można, gdzie przytem zmiany w krtani są tego rodzaju, że ani przy ich usuwaniu znacznego krwotoku, ani po ich usunięciu wystąpienia znacznego obrzmienia obawiać się nie potrzeba, a tem samem i tamponowanie po operacyi jest zbyteczne. Takie przypadki jednakże stoją zazwyczaj na saméj granicy wskazań dla laryngofisury, która w nich po największéj części przez endolaryngealne zabiegi zastąpioną być może. Do tego rodzaju przypadków należy nasz przypadek 3, w którym laryngofisurę z powodu papilomatów szybko po endolaryngealnych zabiegach wracających wykonałem. Tu byłoby możebnem wykonać od razu laryngofisurę przy zwieszonéj głowie, a usunąwszy z krtani papilomata zaszyć ranę bez zakładania kaniuli i tamponu. Wolałem jednak i w tym przypadku zostawić sobie furtkę bezpieczeństwa, jaką stanowi kaniula, choćby kosztem rozcięcia łuku chrząstki obrączkowéj.

Na pytanie, czy lepiéj jest laryngofisurę wykonywać bezpośrednio po dokonaniu tracheotomii, czy też poprzednio wyczekać podgojenia się rany tracheotomijnéj, na mocy własnego doświadczenia w ten sposób odpowiedzieć muszę, że operacyja bezpośrednio po dokonanéj tracheotomii odbywa się nieco mniéj dogodnie, niż w tydzień po niéj. Niewygoda ta polega raz na małem krwawieniu, jakie się po tracheotomii skutkiem nieprzywyknienia tchawicy do kaniuli, a stąd krztuszenia się utrzymywać może, a tem samem na zanieczyszczaniu nowego pola operacyjnego przy zabiegu w krtani; powtóre na tem, że świeżo przecięty łuk chrząstki obrączkowéj zamyka się skutkiem swéj elastyczności, a tem samem wymaga ciągłego użycia rozwieracza, który też do krztuszenia pobudzać może. Niedogodności te są jednak bardzo małe tak, że operujący żadnéj do nich wagi przywięzywać nie potrzebuje i może śmiało według swéj woli lub okoliczności laryngofisurę bądź to zaraz po tracheotomii, bądź też późniéj wykonać.

Łatwo pojąć, że najlepiéj jest przed laryngofisurą wykonać krykotomiję; w tym bowiem razie rozcięcie wspólnéj rury oddechowéj jest mniejsze, niż przy wykonaniu czystéj tracheotomii. Jeżeliby jednak z jakiegokolwiek powodu tracheotomija nadtarczykowa wykonaną została, można cięcie od téj ostatniéj w górę rozszerzyć, rozcinając chrząstkę obrączkową, wiąz stożkowy, a następnie chrząstkę tarczykową. Można też pozostawić nienaruszoną chrząstkę obrączkową, a rozcięcie krtani od więzu stożkowego rozpocząć. Przy tracheotomii podtarczykowéj wystarczy laryngofisurę po nad chrząstką obrączkową rozpoczynać, wyjąwszy, jeżeli sprawa chorobowa w saméj krtani rozcięcia chrząstki obrączkowéj wymaga.

Wobec tego co powyżéj powiedziałem, a co 22 przypadkami laryngofisury na 21 chorych przezemnie obserwowanymi, pomiędzy którymi 14 sam operowałem, potwierdzam, dziwnemi mi się wydać muszą zarzuty, jakie téj operacyi robi Mackenzie, (*Friedrich der Edle u. seine Ärzte. Von Sir Morell Mackenzie* 1888, pag. 97—101). Zarzut, że przy tyreotomii zyskujemy zbyt wąską szparę do działania we wnętrzu krtani, jest słuszny, jeżeli się li tylko tyreotomię wykona; rozszerzenie jednak cięcia w wiąz stożkowy ku dołowi, a w razie potrzeby także w wiąz gnyko-tarczykowy ku górze daje nam szparę dostateczną do wszelkich wewnątrz krtani zabiegów. W razie potrzeby można jeszcze cięcie i na chrząstkę obrączkową rozszerzyć, a potrzeba ta odpada, jeśli poprzednio krykotomija wykonaną była; wtedy można cięcie jeszcze ku górze na koszt więzu gnyko tarczykowego przedłużyć, jeżeli tego potrzeba. Jednem słowem należy tu wykonywać nie tyreotomiję w ścisłem słowa znaczeniu, lecz prawdziwą laryngofisurę. Operując w ten sposób, raz tylko nie mogłem dostatecznie rozewrzeć chrząstki tarczykowéj (przypadek 21, *perichondr. thyreoidea chronica*), gdzie sprawy patologiczne rozwarcie jéj utrudniały. I tu jednakże szpara nie była między płytami tak wąską, aby przez nią działać nie można było. Obawy Mackenziego co do ściekającéj do tchawicy krwi są wobec operowania przy zwieszonéj głowie zupełnie płonne. Wpadaniu śluzu lub pokarmów po operacyi do krtani zapobiega w zupełności założony w nią tampon. Krztuszenie, które przy operacyi istotnie krwawienie wywołać może, daje się w zupełności przez zapędzlowanie kokainą wnętrza krtani usunąć. Samo wreszcie krwawienie miąższowe, jeśli jest zbyt wielkie, można wygodnie przez tamponadę zatrzymać. Jeżeli przytem tymczasowo choremu kaniulę pod tampon założymy, w takim razie uchronimy go w zupełności od zesuwania się tamponu ku dołowi i zatykania tchawicy. Zarzut, jaki wreszcie przeciw laryngofisurze podnoszono, a mianowicie, że ona utratę głosu wywołać może, jest jak nasze przypadki dowodzą zupełnie niesłuszny. W przypadkach, w których chory miał głos przed operacyją, zachował taki sam i po niéj (przypadek 4, 11, 14, 15, 17); w przypadkach zaś, w któ-

rych już przed laryngofisurą głosu wcale nie było, lub był takowy bardzo upośledzony, spostrzegłem kilkakrotnie powrót lub poprawę tegoż (przypadek 1, 3, 5, 6, 12 i 16). Że jednak nie w każdym przypadku po laryngofisurze poprawa lub powrót głosu mógł nastąpić, to każdy łatwo pojmie. Przyczyną jednak tego była sama sprawa chorobowa, a nie laryngofisura (przypadek 2, 7, 8, 9, 10, 13, 18, 19, 20 i 21).

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Przyczynek sądowo-lekarski do kwestyi nerwic urazowych.

Podał

prof. Dr. Blumenstok.

Ćwierć wieku prawie mija, odkąd lekarz angielski Erichsen [1]) pod szczególną nazwą *railway spine* opisał zbiór objawów, występujących w dziedzinie rdzenia pacierzowego u ludzi, którzy przebyli jednę z katastrof kolejowych, w Anglii z powodu szybkiéj jazdy częściéj zdarzających się, aniżeli na lądzie stałym. Za jego przykładem poszli w Anglii Morris [2]), a późniéj Page, w Niemczech zaś Leyden [3]), Erb, Pick [4]), Moeli [5]), Bernhardt [6]), Westphal [7]); głównie zaś Rigler [8]), którego praca przyczyniła się do rozpowszechnienia w Niemczech wiadomości o t. zw. Railway spine. Zrazu pojęcie téj choroby według Erichsena i Riglera było ciaśniejsze: objawy chorobowe miały wyłącznie, a przynajmniéj przeważnie być rdzeniowemi i następstwem wstrząśnienia kręgosłupa i rdzenia (*concussion of the spinal cord*); miały one wystąpić niekoniecznie bezpośrednio po doznanym urazie, potęgować się powoli i kończyć śmiercią po upływie lat kilku lub wielu, a na podstawie dwóch sekcyj rozpoznano cierpienie i uważano przez lat kilka jako przewlekłe zapalenie rdzenia. Powoli jednak przekonano się, że obok rdzeniowych występują także objawy mózgowe i że choroba powstaje nietylko wskutek urazu rdzeniowego (wstrząśnienie, stłuczenie, nagłe przegięcie kręgosłupa), lecz także skutkiem obrażenia głowy, lub innéj części ciała. Z rozszerzeniem pojęcia choroby rozszerzono i nazwę; stąd późniejsza nazwa: *railway spine and brain*; nadawano nawet poszczególnym objawom, mniéj na uwagę i wiarę zasługującym, szczególne nazwy dziwaczne, jak np. owa Riglerowska *Siderodromophobia*, mająca oznaczyć objaw całkiem prosty, że człowiek, który przebył katastrofę kolejową, przez pewien czas czuje wstręt do ponownéj jazdy koleją, przypuszczając, że wstręt ten jest objawem psychozy urazowéj już wybuchłéj lub przynajmniéj nadchodzącéj, bez względu na to, że wstręt ten może być udawany, lub przynajmniéj przesadzony, a dziwnym sposobem objawia on się najczęściéj u sług kolejowych, których podejrzywać należy, że chcą przez czas pewien używać wypoczynku: bez względu zresztą na to, że wstręt taki jest objawem dosyć częstym u ludzi, którzy doznali jakiegokolwiek przypadku śród jazdy konnéj, w powozie, na statku i t. d., a przez pewien czas czują obawę przed jazdą ponowną. Nie ulega atoli wątpliwości, że występują i przeróżne objawy mózgowe, które wzmagając się powoli mogą rzeczywiście przedstawiać obraz psychozy urazowéj, która, jak już od dawna wiemy, najczęściéj jest nieuleczną, a nawet obraz psychozy na tle ciężkich zmian anatomicznych, jak niedołęztwa porażennego. Prace późniejszych autorów: w Niemczech Thomsena i Oppenheima [1]), Strümpella [2]) i jego ucznia Schultzego [3]). Meynerta [4]) i Oppenheima [5]), we Francyi Charcota, a w Anglii Page'a [6]) ustaliły istnienie téj choroby, jakkolwiek pod względem pojęcia jéj rozchodzą się zapatrywania, ponieważ jedni uważają ją za neurastenię urazową, drudzy, zwłaszcza Charcot, za histeryę urazową, podczas gdy Strümpell uważając słusznie, że pojęcia neurastenii i histeryi same nie są jeszcze dokładnie określone, oświadcza się za nazwą nerwicy urazowéj, przypuszczając nadto nerwicę urazową ogólną i miejscową. Wreszcie zwrócili niektórzy uwagę, że zbiór ten objawów wystąpić może i bez poprzedzającego urazu mechanicznego, jedynie skutkiem silnego zadziałania na umysł, jak n. p. skutkiem przerażenia, a więc wtrząsu psychicznego, a pod tym względem nie dawno temu Schäfer ogłosił przypadek [7]) bardzo pouczający.

Nie jest moim zamiarem, ani mojem zadaniem wdawać się w stronę kliniczną téj nerwicy i dlatego pomijam nawet opis głównych objawów cechujących tę chorobę, ponieważ sądzę, że są powszechnie znane; poprzestanę na kilku uwagach ze stanowiska wyłącznie sądowo-lekarskiego, o ile własne doświadczenie nastręcza mi do tego sposobność, a w końcu podam orzeczenie w przypadku ciekawym, który stał się przedmiotem dochodzenia w naszym sądzie cywilnym.

Literatura sądowo-lekarska w tym przedmiocie dotychczas jest bardzo szczupłą. W r. 1871 ogłosił Tardieu dziełko [8]), w którem poświęca osobny rozdział obrażeniom doznanym śród katastrof kolejowych, podając zarazem szczegółowo 35 przypadków odnośnych przez siebie ocenionych z polecenia sądów. Jakkolwiek większa część tych przypadków tyczy się obrażeń ciężkich kości i trzew wewnętrznych. to znajduje się jednak pomiędzy niemi i kilka. w których skutkiem wstrząśnienia ogólnego wystąpiły poważne objawy mózgo-rdzeniowe, a chociaż ostrożny autor w niektórych przypuszcza udawanie lub przesadę, w innych dowodzi, że nie ma w rzeczywistości ciężkiego następstwa, to w kilku innych atoli oświadcza się za ciężką chorobą mózgową (niedołęztwo porażenne) jako następstwem doznanego wstrząśnienia lub skaleczenia. Nie używa wprawdzie nazwy *railway-spine*, nawet nie wspomina o pracy Erichsena, bo zapewne jéj wcale nie znał z powodu, że, jak podaje Vibert, w r. 1888 nie była jeszcze tłomaczoną na język francuski i dla tego we Francyi mało jest znaną, ale w uwagach swoich powiada wyraźnie: „*Quelquefois on reconnaîtra une lésion manifeste du système „nerveux, soit une paralysie locale, soit une atrophie muscu„laire, soit une affection convulsive épileptiforme dont il est impossible de ne pas rapporter l'origine à l'accident qui „a eu lieu quelquefois plusieurs mois auparavant. J'ai appelé „l'attention des medecins légistes sur ses consequences „encore peu connues des accidents graves et de*

[1]) J. E. Erichsen: *On railway spine and other injuries of the nervous system*, London 1866. — [3]) *A pract. treatise on shok with especial reference to shok caused by railway injuries*, London, 1867. — [2]) *Archiv f. Psych.* VIII. — [4]) *Real. Encyclopädie*, wyd. I. t. II. — [5]) *Berl. klin. Woch.* 1881, Nr. 6. — [6]) *Berl. klin. Woch.*, 1876, Nr. 20. — [7]) *Berl. klin. Woch.*. 1879, Nr. 9: *Charité Annalen* 1880. — [8]) *Ueb. d. Folgen d. Verletzungen auf Eisenbahnen*, Berlin 1879.

[1]) *Archiv f. Psych.*, t. XV., 1884. — [2]) *Uiber die traumatischen Neurosen*, Berlin 1888. — [3]) *Uiber traumat. Neurosen* 1889. — [4]) *Wiener. klin. Woch.* 1889. — [5]) *Die traumat. Neurosen*, Berlin 1889. — [6]) Herbert W. Page, *Injuries of the Spine and spinal cord without apparent mechanical lesion and nervous shok, in their surgical and med. legal Aspects*, 1885. — [7]) *w Berl. klin. Woch.* 1889, Nr. 43, ref. w „Przegl. Lek.", Nr. 12 z r. b. — [8]) *Etude med. leg. sur les blessures par imprudence*, Paris.

ceux notammement q u i s u r v i e n n e n t d a n s l e s c h e m i n s d e f e r. *Ce n'est pas du premier coup que je suis arrivé à me faire une idée juste de ces cas difficiles et si graves au point de vue de l'expertise médicolégale*" (str. 172). W dowód przytacza przypadek, w którym razem z kilku specyjalistami przypuszczał zrazu jeśli nie symulacyję, to przynajmniej znaczną przesadę, a jednak z czasem przekonał się o istnieniu ciężkiéj nieuleczn ej choroby ośrodków nerwowych, powstałéj w następstwie wstrząśnienia silnego wśród wykolejenia się wagonu pocztowego i spadnięcia onego do wąwozu. W wagonie tym znajdował się urzędnik pocztowy, który przerzucony z jednéj strony w drugą stracił przytomność; przyszedłszy do siebie przesłany został tego samego dnia do Paryża, okryty wprawdzie licznemi sińcami, lecz nie przedstawiający uszkodzenia cięższego. Odtąd stał się niezdolny do pracy zawodowéj, skarżąc się ciągle na ogólne zmęczenie i osłabienie odnóg dolnych, oraz odnogi górnéj lewéj, którą zmuszony był trzymać w chustce, na bóle wzdłuż kręgosłupa i osłabienie pamięci. W 16 miesięcy po przypadku Tardieu i koledzy jego nie zdolali wykryć zmian przedmiotowych, ale już w kilka miesięcy później wystąpiły ciężkie zmiany w ośrodkach nerwowych, które we 2 lata od chwili katastrofy przebytéj sprowadziły śmierć chorego. Przypadek ten i inne mniéj wybitne wystarczają, powiada T., aby przestrzedz znawcę sądowego przed przesadnym sceptycyzmem, którego następstwa mogłyby być gorsze, aniżeli zbyt wielkiéj łatwowierności. Potrzeba więc oswoić się z myślą, że są takie przypadki, które oprócz (widocznych) obrażeń wnoszą w ustrój zmianę głęboką i niszczą zdrowie na zawsze.

Nasze podręczniki sądowo-lekarskie mało zajmują się sprawą, o któréj mowa. H o f m a n n [1]) w najnowszem wydaniu z r. 1887 wspomina tylko o objawach choroby i przytacza przypadek opisany przez M ö b i u s a [2]). Dopiero w roku 1888 pojawiła się monografija innego lekarza sądowego V i b e r t a [3]), wyłącznie poświęcona téj sprawie. Pracę swoją opiera na materyjale obfitym; pomiędzy innemi po jednéj katastrofie, która nastąpiła dnia 5 września 1881 r. w Charenton pod Paryżem, miał sposobność widzieć 104 ofiar, z których 16 zginęło na miejscu, 5 umarło w przeciągu 3—4 miesięcy, a 26 poniosło ciężkie uszkodzenia lub poważne nadwerężenia zdrowia; opisuje on szczegółowo 17 przypadków, które badał i obserwował z polecenia sądów albo sam, albo z innymi znawcami, jak z prof. Brouardelem, Blanchem i Motetem; zastanawia się wreszcie nad następstwami takich katastrof ze stanowiska patologicznego oraz podaje uwagi swe sądowo lekarskie. Do ostatnich jeszcze powrócę; co do pierwszych zaś ograniczam się do wzmianki, że Vibert przypomina, iż przy zderzeniu się dwóch pociągów na większe uszkodzenie narażeni są ludzie znajdujący się w pociągu tym, którego bieg w chwili nagłego zatrzymania był szybszym, że z obrażeń cielesnych bardzo często zdarzają się złamania kości, odnóg dolnych, połączone z ranami lub zwichnieniami, zresztą zaś podaje szczegóły kliniczne powszechnie już znane. Jeżeli jeszcze zaliczę tu i przytoczoną powyżéj pracę P a g e'a, która uwzględnia także znaczenie sądowo-lekarskie nerwic urazowych, to całą literaturę dotychczasową wyczerpnąłem [4]).

[1]) H o f m a n n, *Lehrbuch der ger. Medicin* IV. Aufl. Wien 1887, str. 480. — [2]) *Memorabilien* 1882 p. 71. — [3]) *Etude medico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer*, Paris 1888, str. 118. — [4]) Niedawno temu kol. Z i e l e w i c z zwrócił uwagę w „Nowinach Lek." 1889, Nr. 9 (w osobnéj odbitce) na ważność nerwic urazowych i dla lekarzy kasowych; uwaga tem słuszniejsza, o ile instytucyja ta coraz bardziéj i u nas się rozpowszechnia. Téj strony jednak nie dotykam tu wcale, ponieważ pod tym względem nie mam własnego doświadczenia.

Zadanie atoli lekarza sądowego wobec n e r w i c u r a z o w y c h jest ważnem a zarazem trudnem. Jest ono zaś trudniejszem, aniżeli w innych przypadkach, z powodów następujących:

1) Nerwice urazowe wymagają przedewszystkiem dłuższéj obserwacyi, która w przypadkach sądowych najczęściéj jest niemożebną, ponieważ Sądowi zależy na jak najszybszem załatwieniu sprawy.

2) Lekarz sądowy liczyć się musi ze symulacyją, a przynajmniéj z eksageracyją, ponieważ badanemu zależeć może na uzyskaniu jak największego odszkodowania pieniężnego.

3) Dalsza trudność polega na tem, że lekarz sądowy polegać musi najczęściéj na objawach podmiotowych, a rzadziéj posługiwać się może objawami przedmiotowemi, które jedynie dają mu należytą podstawę dla stanowczego orzeczenia.

4) Jak wszędzie, tak i tu rokowanie odgrywa ważną rolę; ale i pod tym względem częstokroć brak lekarzowi sądowemu podstaw pewnych.

5) Wreszcie sprawdzenie związku przyczynowego pomiędzy zajściem, od którego badany wywodzi swoje cierpienie, a chorobą, z pewnością lub z prawdopodobieństwem sprawdzoną, nie mało nastręcza trudności, a pod tym względem właśnie przypadek, który opiszę, jest pouczającym.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IV. Oceny i sprawozdania

Fizyjologija.

M i n k o w s k i (Strassburg): **Przyczynek do wchłaniania tłuszczów.**

Z nauki o wchłanianiu tłuszczów wiemy na pewne tylko tyle, iż tłuszcz znika z miazgi pokarmowéj w kiszce się znajdującéj i że się znów w stanie rozdrobnienia w naczyniach chłonnych z nim spotykamy. Na pytanie, w jaki sposób on się tam dostał, napróżno silimy się stanowczo odpowiedzieć. Że dyfuzyja nie odgrywa tu żadnéj roli, nie podlega najmniejszéj dziś już wątpliwości, a z licznych teoryj zjawisko to tłomaczących warto przytoczyć dwie. Pierwsza brzmi: krople w zawiesinie znajdującego się tłuszczu zostają za pomocą komórek z powierzchni błony śluzowéj w naczynia chłonne wprowadzone. Cała sprawa utyka teraz znów na pytaniu, które to komórki i w jaki sposób załatwiają tę czynność. Histologowie nie mogą się na tym punkcie pogodzić. Druga teoryja Kühnego i Radziejewskiego powiada: Tłuszcze spożyte rozpadają się na kwasy tłuszczowe i glicerynę. Pierwsze pod wpływem alkalicznego soku kiszkowego zamieniają się w mydła, które wessane wskutek procesu syntetycznego w organizmie znów jako tłuszcze występują. Tłomaczenie to częściowo stwierdzili Munk i Perewóżnikow. Pośrednie miejsce zajmuje twierdzenie Brückego, że tylko pewna część tłuszczów zmydloną zostaje, co jest koniecznem do utworzenia zawiesiny, bez któréj nie ma resorbcyi. Koniec końców sok trawienny kiszkowy zdaje się tu odgrywać ważną rolę. Ale który? Czy sok trzustki, czy gruczołów Liberkühna, czy żółć? Co się tyczy treści gruczołów Lieberkühna, wielu autorów nie przypisywało jéj ważnego na trawienie wpływu, a Hoppe-Seyler zaprzecza nawet istnieniu jakiegokolwiek soku właściwych gruczołów kiszkowych. W przeciwieństwie do nich Bunge przypisuje mu wielkie znaczenie w procesie wchłaniania tłuszczów, bo zawiera wielką ilość dwuwęglanu sodowego. Że żółć wiele do resorbcyi tłuszczów się przyczynia, wie o tem dziś każdy lekarz, który miał sposobność obserwowania ludzi z żółtaczką. Jaki jest sposób jéj działania, to jeszcze dla

fizyjologów jest tajemnicą. Najlepiéj jest nam znane działanie soku trzustkowego. On to bowiem głównie przyczynia się do zmydlenia części tłuszczu. Wprawdzie odkąd dowiedzieliśmy się, że i bakteryje gnilne nie mało się do tego przyczyniają, rola, jaką sok trzustkowy odgrywał, stała się nieco skromniejszą. Minkowski wycinał psom trzustkę całkowicie i badał, o ile tłuszcze wessane zostały. Doświadczenia wykazały, że z pokarmem spożyte tłuszcze u psów takich zupełnie wessaniu nie ulegały. Nawet bardzo małe ilości, jak 25 do 20 grm., można było w kale w zupełności odnaleźć. Jeżeli jednak z pożywieniem podawano trzustkę wieprzową, tłuszcz w znacznéj części ulegał resorbcyi. Wyjątek stanowiło tylko mleko, którego tłuszcz w większéj lub mniejszéj ilości zawsze wessaniu ulegał. Ciekawą rzeczą jest, iż tłuszcz w kale znaleziony był już rozłożony na kwasy tłuszczowe. Doświadczenia te nas pouczają, że bez trzustki nie ma resorbcyi tłuszczów (Cl. Bernard), które nie za pomocą zmydlenia się dokonywa. Zdaje się więc, że sok trzustkowy ma wpływ na czynność chłonienia odpowiednich elementów, a przemawia za tem jeszcze i to odkrycie, że wycięcie trzustki wstrzymuje także przyswajanie cukru, stając się powodem cukrzycy. Tłuszcz w mleku przedstawia zawiesinę, jaka według niektórych autorów jest konieczną, aby mógł być przyjęty do organizmu. Sok trzustkowy przyczynia się więc bezsprzecznie do utworzenia się takiéj zawiesiny w innych pokarmach. Rezultatem tych badań ostatecznym jest twierdzenie, że tłuszcze prócz w mleku, gdzie się znajdują już w gotowéj zawiesinie, do resorbcyi swojéj koniecznie potrzebują obecności soku trzustkowego. (*Berl. kl. Woch.* 1890, Nr. 15).

Patologija.

Wilhelm Koch (Berlin): **W sprawie śmierci wśród narkozy chloroformowéj.**

Chirurg berliński Wilhelm Koch (obecnie w Dorpacie) ogłasza w Nr. 14 *D. m. W.* otwarty list do redaktora tejże gazety, w którym boleje nad przypadkami śmierci chloroformowéj w Berlinie ostatniemi czasy częściéj zaszłemi, a zastanawiając się nad całą sprawą chloroformową, życzy sobie wywołania dyskusyi w téj tak ważnéj sprawie.

Już niejednokrotnie starano się zastąpić chloroform innym odurzającym lekiem i badano w tym kierunku do dziś dnia przeszło 20 środków, lecz napróżno, żaden z nich nie posiada pożądanych własności. Niedawno przez Berta otrzymany gaz z 4 objętości N_2O, a 1 objęt. O się składając, ma wszelkie cechy gazu rozweselającego i jest do dłuższych narkoz nieprzydatny. Tak samo zachowuje się brometyl, a przez Spencer-Welsa próbowany dwuchlorek metylenu *(Methylenbichlorid)* jest niebezpieczniejszy od chloroformu. Chloroform więc obecnie stoi bez konkurenta i dominujące miejsce zajmuje, jest więc rzeczą chirurgów działanie jego poznać dokładnie, badać go coraz więcéj, aby módz go jak najbezpieczniejszym uczynić. Chloroform zabija w dwojaki sposób, albo przez powstrzymanie ruchów oddechowych, albo też przez zniesienie krążenia. Na to wszyscy się godzą. Nie jesteśmy jednak w stanie wytłomaczyć sposobu, w jaki się to odbywa. Siłą motoryczną serca są komórki zwojowe, jeżeli więc w śmierci chloroformowéj ustanie krążenia poprzedzą inne objawy, jest to natenczas dowodem osłabienia ich. Winogradow znalazł pod mikroskopem znaczne zaćmienie wskutek drobnoziarnistego rozpadu pierwoszczy tychże komórek, a jądra ich były zupełnie zanikłe. Domyślać się powinniśmy takich samych zmian w zwojach nerwowych serca wobec degeneracyi mięśnia sercowego, rozszerzenia komór czy to z niedomykalnością zastawek czy też bez tejże. Rosyjanin Poletika (*Wracz* 87) udowodnił stałą łączność, zachodzącą między miażdżycą naczyń, rozszerzeniem serca, a opisaną zmianą komórek zwojowych. Często następuje śmierć z chloroformu mimo, iż wszystkich tych wyż wspomnianych przyczyn znaleźć nie możemy, ale znajdziemy za to infekcyję organizmu n. p. jadem gruzliczym lub innym, a działanie jego na unerwienie serca nie jest bez wpływu. Bez odpowiedniego nasilenia zmian w komórkach zwojowych się usadowiających nie przychodzi do śmierci, jakżeż często bowiem przechodzą szczęśliwie narkozę ludzie o słabem sercu i gruźliczych złogach w różnych organach. Granica tych nasileń jest nam nieznaną; Koch proponuje więc przed użyciem całkowitéj, używanie próbnéj narkozy (*anchloroformiren*), a jakość tętna wśród niéj ma w dalszem znieczulaniu rozstrzygać.

Daleko rzadszemi są przypadki śmierci zniesieniem oddechania wywołane. Najczęściéj trafiają się, jeżeli narkotyzujemy przy świetle gazowem, tworzy się bowiem tlenek chloro-węglowy (*Chlorkohlenoxyd)*, który pobudza operatora do nudności i kaszlu, a asfiksyję operowanego sprowadza. Jeżeli dwa tego samego ciężaru zwierzęta, z których jednemu poprzednio dostateczną ilość krwi za pomocą cięcia żylnego upuściliśmy, poddamy równocześnie narkozie, to spostrzeżemy, iż bezkrwiste stworzenie daleko szybciéj zginie, niż dostateczną ilość krwi posiadające. Chloroform zwalnia szybkość krążenia, utlenianie staje się powolniejsze, aż ostatecznie przychodzi do zaduszenia. Ustanie ruchów oddechowych poprzedza akcyję serca. Dlatego doświadczeni chirurdzy wojskowi nie chcą chloroformować po silnych utratach krwi, a narkoza u osób z powierzchnią oddechową zmniejszoną (wskutek zmian w płucach) jest czynnością bardzo ryzykowną.

Działanie chloroformu na pijaków pozostawia jeszcze obszerne pole do badań. Faktem jest, iż sprawia on wręcz przeciwny skutek, jaki właściwie osiągnąć chcemy, bo wywołuje ostry obłęd opilczy (*delirium tremens*), dopóki narkotyzujemy. Przyczyną ich śmierci wśród narkozy są zdaje się już powyżéj opisane zmiany anatomiczne w aparacie nerwowym serca.

Zdarzają się przypadki śmierci z chloroformu w kilka godzin, lub nawet dni po narkozie (*protrahirier Chloroformtod*). Coby mogło być ich przyczyną? Rzecz cała jest jeszcze bardzo niejasną. Jeżeli narkotyzowano przy świetle gazowem, posądzić byśmy mogli o to tlenek chloro-węglowy, którego skutki zgubne opóźniać się mogą. Znany jest nam wpływ chloroformu na tkanki zwierzęce, wiemy, że rozpuszcza ciałka krwi (Boettcher, Schenk), przyczem hemoglobina tworzy niezdolne do przyjmowania tlenu połączenia; wiemy, że chloroform znosi pobudliwość skurczową mięśnia, a wprowadzony w nadmiernéj ilości do żołądka wywołuje ostre stłuszczenie wątroby i serca. Doświadczenia robione na psach wielokrotnie to potwierdziły, o ile zaś stoją te dane w związku ze śmiercią chloroformową, przyszłość chyba wykaże.

Dr. Mendelsburg.

Chirurgija.

Géza Antal: **Szczegółowa chirurgiczna patologija i terapija cewki i pęcherza moczowego.**

A. jest gorącym zwolennikiem postępowania przeciwgnilnego; przed wprowadzeniem narzędzia do cewki lub pęcherza poleca oczyszczenie ujścia cewki moczowéj, żołędzi i napletka i odrażanie rozczynem sublimatu (1:10,000), którym należy także przepłukać przednią część cewki aż do części błoniastéj. Do badania poleca tylko zgłębniki metalowe; jeżeli zaś w celu wypełnienia pęcherza potrzebne są cewniki, poleca własny cewnik, który daje się rozłożyć na kilka części i tem samem dokładnie odrażać Celem oglądania cewki używa własnego pomysłu narzędzia tak zw. aërouretroskopu, który umożliwia badanie wzrokiem większych części cewki rozdętych powietrzem. Celem usunięcia kamieni pęcherzowych posługuje się A. wyłącznie dwoma sposobami t. j. litolapaksyją i wysokiem cięciem pęcherzowem. Pierwszy sposób wskazany jest tylko wobec małych i średnich kamieni u osób dorosłych, a przeciwwskazania tu tworzą: gwałtowne zapalenie pęcherza, niedomoga lub nieprawidłowa postać pęcherza, znaczny przerost gruczołu krokowego, unieruchomienie kamienia, ropne zapalenie miedniczek nerkowych lub nerek. We wszystkich przypadkach cięższych i wobec kamieni u dzieci używa cięcia wysokiego. A. jest zwolennikiem szwu pęcherzowego, którego tylko nie używa w przypadkach owrzodzenia i zgorzeli pęcherza. Rany brzusznéj nie zamyka, lecz według Kraskego wypełnia gazą jodoformową i tym sposobem usuwa w zupełności niebezpieczeństwo nacieku moczowego i gnicia w przypadkach gojenia się rany pęcherzowéj nie przez rychłozrost. Dla zapewnienia szwu pęcherzowego poleca otwierać pęcherz przez wycięcie klina z przedniéj jego ściany, przezco zyskamy szerokie brzegi ranne, łatwiéj gojące się przez rychłozrost. Celem usunięcia

guzów pęcherza używa również prawie wyłącznie wysokiego cięcia pęcherza, a do operacyi nadają się tylko te przypadki, w których nowotwór nie przechodzi na dno pęcherza ani na gruczoł krokowy. Dla usunięcia złośliwych nowotworów usadowionych na szczycie pęcherza poleca podotrzewnową resekcyję pęcherza, to jest, po oddzieleniu otrzewny wycina ścianę pęcherza przez całą jéj grubość, jak daleko guz sięga, a brzegi rany łączy szwami sięgającemi aż do błony śluzowéj; część pęcherza pozaotrzewnową i dolną część rany brzusznéj pozostawia otwartą i za pomocą dwóch sączków przepłukuje stale pęcherz rozczynem kwasu borowego lub rezorcyny. (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, rocz. 20).

Dr. Baschkopf.

Okulistyka.

P. Möbius (Monachijum): **Przyczynek do nauki o** *Neuritis puerperalis.*

Neuritis puerperalis występuje, jak nazwa wykazuje, podczas lub po *puerperium* zazwyczaj w przebiegu *nn. medianus* i *ulnaris*. Po dłuższym lub krótszym czasie ból bezpowrotnie ustępuje. W przeciągu lat 3 spostrzegał ją Möbius 7 razy, a obecnie ogłasza przypadek nowy. 30 letnia wieloródka powiła prawidłowo 20/1 89. W 4 tygodnie po porodzie wystąpiły nerwobóle w obydwu kończynach górnych, a 2 tygodnie potem i w dolnych, a mianowicie w udach. Bólowi towarzyszyło ogromne osłabienie mięśniowe. Wartość dynamometryczna = 0. Mięśnie kończyn aczkolwiek miękkie, zaniku nie przedstawiały, a zresztą nie można było odnaleźć żadnych innych zboczeń. W lipcu bolesność i osłabienie w znacznéj części ustąpiły, a we wrześniu pojawiły się objawy nerwowego osłabienia, jak bóle głowy, bicie serca, bezsenność i uczucie lęku. Przypadek ten różni się tem od poprzednich, że kończyny dolne były także nerwobólem dotknięte. O przyczynie cierpienia nie wiele się daje powiedzieć. Początkowo, ponieważ niektóre położne bezpośrednio po połogu z wystąpieniem neuralgii gorączkowały, łączył M. to cierpienie z zakażeniem połogowem w jednę przyczynowość, jednak przypadek dopiero co opisany całemu temu tłomaczeniu kłam zadaje. Jad wywołujący neuralgiję, występuje zdaje się w organizmie samoistnie, a dowodem tego 2 przypadki, u których wystąpienie bólów inaugurowały wymioty. (*Wien. med. Bl.* 1890, Nr. 15).

Dr. Mendelsburg.

Choroby weneryczne.

Rosenthal (Berlin): **Kilka ogólnych uwag o leczeniu kiły za pomocą wstrzykiwań rtęciowych.**

W końcu dłuższéj rozprawy wypowiada R. następujące zasady: 1) wstrzykiwania rtęciowe wyjednały sobie w leczeniu kiły najzupełniejsze prawo obywatelstwa; 2) leczenie wstrzykiwaniami rtęciowemi łączy obok równéj skuteczności większą wygodę, czystość, taniość i dokładniejsze oznaczenie dawki; 3) rozpuszczalne sole rtęciowe mają wogóle zaletę, że sprawiają mniéj bólu, a ujemną ich stroną jest szybsze wydzielanie się z ustroju; nierozpuszczalne zaś sole mają zaletę, że dłużéj trwa ich przyswajanie, a więc większą mają skuteczność; 4) okolica pośladków zasługuje jako miejsce do wstrzykiwań pierwszeństwo przed innemi częściami ciała; 5) wstrzykiwania miąższowe zasługują na pierwszeństwo przed podskórnemi; 6) polecenia godnem jest lekkie mięsienie po wstrzyknięciu soli nierozpuszczalnych; 7) ropni można na pewno uniknąć; 8) sposób ten nadaje się u mężczyzn, u kobiet rzadziéj, a u dzieci tylko w wyjątkowych przypadkach. (*Vierteljahresschrift f. Dermat. u. Syph.*, rocznik XX.).

L. Mannino: **Nowy sposób poronnego leczenia dymienic.**

M. wstrzykuje w jamę ropnia dymienic tak prostych jak i zapalnych kilka kropli jednoprocentowego rozczynu sublimatu za pomocą strzykawki Pravaza. Wstrzykiwania należy powtórzyć przynajmniéj dwa razy w przerwach kilkodniowych. Po wyciągnięciu igły, która powinna być bardzo cieńką, pokrywa się otwór wkłucia watą Brunsa, następnie zakłada się odpowiedni opatrunek. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.*, rocznik XX).

Culver: **Klasyfikacyja i leczenie dymienic.**

1) Dymienice ostro zapalne bez dążności do zropienia. 2) Ostre ropne zapalenie gruczołów. 3) Ropne zapalenie okołogruczołowe. 4) Dymienica wrzodziejąca. Co do leczenia poleca jako środek szybko działający i niedopuszczający do ropienia w świeżych przypadkach wewnętrzne podawanie chlorku wapniowego w ilości 0·3—1·0, 3—4 razy dziennie; miejscowe wcieranie mydła szarego i nastoju jodowego. W celu zapobieżenia powstawaniu szpecących blizn w razie ropienia aspiruje ropę lub wypuszcza ją za pomocą krótkich cięć nie równoległych, lecz prostopadłych do więzu Pouparta. Po wstrzykiwaniach eteru z jodoformem zamiast wessania następowało przyspieszenie ropienia. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.*, rocznik XX).

Broese: **Przyczynek do leczenia rzeżączkowego zapalenia błony śluzowéj pochwy i macicy.**

B. podaje, że używa z dobrym skutkiem w nieżytach macicy, a szczególnie rzeżączkowych wewnątrzmacicznego tuszowania chlorkiem cynku (*Zinc. chlor., Aq. dest. aa*). Daléj zauważa, że w nieżytach szyjki nigdy nie można wiedzieć, czy nie istnieje także nieżyt trzonu macicy, a w takim razie nie pomaga najenergiczniejsze leczenie szyjki. B. wyleczył powyższym sposobem długi czas trwające cierpienia. Wreszcie przypisuje wielką wagę obsuszaniu i aseptycznemu utrzymaniu zakażonéj błony śluzowéj pochwy przez tamponowanie gazą jodoformową. (*Centralbl. f. Gynäkologie*).

Dr. Baschkopf.

Choroby nerwowe.

Déjerine: **Porażenie nerwu sprychowego w przebiegu uwiądu rdzenia.**

Autor opisuje przypadek uwiądu rdzenia, w przebiegu którego u chorego rozwinęło się porażenie wszystkich mięśni zaopatrywanych przez *n. radialis* bez żadnéj przyczyny zewnętrznéj. Nagłe powstanie tego porażenia, jego krótkie trwanie i dobrowolne wyleczenie pozwalają je porównywać z porażeniami mięśni ocznych, rozwijającemi się często w przebiegu *tabes*. Porażenie to połączone było z niezwykłem zachowaniem się oddziaływania elektrycznego: pobudliwość mięśni przy bezpośredniem ich drażnieniu była zachowaną jakto zazwyczaj bywa w lekkich porażeniach n. sprychowego, lecz sam nerw stracił w całéj swéj długości pobudliwość nawet na najsilniejszy prąd, co jest zupełnie nieprawidłowem. Przy porażeniu n. sprychowego powstałem przez ucisk pobudliwość jest zachowana poniżéj miejsca uciśniętego, a obniżona powyżéj tego miejsca. Nerw więc w tym przypadku zachowywał się jak w ciężkich przypadkach porażenia *radialis* w zapaleniach urazowych, podczas gdy mięsień zachowywał się jak w przebiegu lekkiego porażenia (*Le Progrès medical* 1890, Nr. 8).

Dr. Beck.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Posiedzenie I-sze Tow. lek. krak. z dnia 5 go stycznia 1890 roku.
Przewodniczący kol. Paszkowski, członków obecnych 33.

1. Przewodniczący szczere wspomnienie poświęca zmarłemu Docentowi Uniw. Jag. Drowi Smoleńskiemu, podnosząc jego zasługi około nauki i piśmiennictwa w zakresie hydroterapii położone; oraz zgasłemu przedwcześnie młodemu sekundaryjuszowi szpitala św. Łazarza Drowi Tylce. Obecni oddali cześć pamięci kolegów przez powstanie.

2. Nastąpiły z kolei sprawozdania urzędników Tow. lek. z czynności za rok ubiegły, a mianowicie:

a) Kol. Gluzińskiego z czynności komisyi przemysłowéj.

b) Kol. Kwaśnickiego z czynności Tow. lek.

c) Kol. Zarewicza ze stanu majątkowego, oraz z obrotu kasowego funduszów Towarzystwa.

d) Kol. Murdzieńskiego ze stanu biblijoteki.

3) Kol. Cybulski zdaje sprawę z administracyi *Przeglądu Lekarskiego.*

Sekretarz: *Dr. Bukowski.*

Posiedzenie Tow. lekarskiego krak. z dnia 22 stycznia 1890 roku.
Przewodniczący kol. Mars. Obecnych członków 37.

1. Przewodniczący zagaja posiedzenie dziękując za wybór.

2. Przedstawionych na czynnych członków Towarzystwa Drów Smorągiewicza Kazimierza, Skibniewskiego Bogumiła i Rosenblühta Efraima jednogłośnie przyjęto.

3. Prof. Browicz demonstruje tchawicę i płuca chorego, zmarłego na oddziale profesora Pareńskiego. W przypadku tym wskutek częściowego zaniku, a w innych miejscach nadmiernego

bujania chrząstek tchawicowych przyszło do zniekształtnienia tchawicy.

W dyskusyi kol. Pieniążek zapytuje, czy to zniekształtnienie nie daje się wytłomaczyć bujaniem chrząstki od wewnątrz, a zanikiem od zewnątrz. Prof. Browicz odpowiada, iż zmiany takiego rozsiedlenia rozgraniczonego nie okazywały.

4. Kol. Sroczyński przedstawia chorego i opisuje przebieg operacyi wyjęcia wągra podsiatkówkowego, dokonanéj w klinice prof. Rydla. W ogóle usunięcie z gałki ocznéj wągra jest operacyją nie dawną, a w tylnym odcinku dokonał jéj po raz pierwszy Arlt r. 1874. Jest to w Austryi trzeci taki przypadek. Operacyi dokonano w narkozie, cięcie zrobiono nożykiem Graef'go stosownie do położenia wągra w górno-wewnętrznym odcinku, ściągnąwszy gałkę oczną pętlą w spojówce założoną, a haczykiem wyjęto wągra. Wypływ ciałka szklanego był nieznaczny. Po dwóch dniach zdjęto opatrunek, rana się zgoiła, wypadłe ciałko szklane z pod spojówki się cofnęło. Obecnie oderwanie się siatkówki jest mniejsze, a chory ma poczucie światła.

W dyskusyi przemawiali prof. Rydel i Dr. Mączka. Preparat wągra zrobiony przez kol. Krokiewicza oglądano pod mikroskopem.

5. Koł. Kaufmann czytał o mięsieniu.

(Odczyt ogłoszony jest w *Przegl. Lek.*).

Sekretarz: *Dr. Podgórski.*

VI. Zakopane jako miejsce klimatyczne.

Napisał
Dr. Stanisław Ponikło.
Docent U. J. i c. k. lekarz powiatowy.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17).

II) Ciśnienie powietrza.

Średni stan barometru = 674·3 mm.

Tabl. I [1]).

Średnie ciśnienie powietrza w Zakopanem wynosi tedy 674/760 = 0·89 ciśnienia na wybrzeżach morza, zaś 0·9 ciśnienia w Krakowie. Różnica ta jest dosyć znaczna tak, iż wybitny wpływ fizyjologiczny na funkcyje ustroju wywierać musi. Fizycznie objawia się przedewszystkiem silniejszem parowaniem wody i słabszem przewodnictwem fal głosowych; stąd też mniejsze ciśnienie barometryczne wywołuje względną ciszę i spokój ustroni górskich.

[1]) Daty meteorologiczne przejrzał łaskawie pan Dr. D. Wierzbicki adj. obserw. astronom. w Krakowie, za co należne składam podziękowanie.

Tabl. I [1]). Średnie miesięczne i roczne ciśnienia powietrza, tudzież maxima i minima miesięczne dla Krakowa, Zakopanego i Poronina, tudzież średnia roczna dla Davos (z 3 ch lat przeciętne).

		Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Październik	Listopad	Grudzień	średnia roczna
Kraków	średnie m.	744·26	738·14	736·8	737·7	739·0	744 7	741·8	742·1	742·6	744·7	741·8	737·4	740·9
	maxim.-minim.	756·62 730·03	750·94 720·64	752·0 723·5	744·8 729·5	745·2 730·9	750·4 736 4	748·0 733·5	750 0 735·1	751·5 731·3	758·4 730·5	755·2 722·6	755·2 720·1	—
Zakopane	średnie m.	670·59	671·05	brak	671·3	672·5	679·2	677·2	678·0	676·3	678·0	670·7	669·9	674·3
	maxim.-minim.	677·88 665 03	678·44 664 41		675·9 662·4	679·0 664·6	685·4 671·0	683·7 671·1	682 0 673·0	683·7 667·6	686·0 668·4	685·0 660·0	687·0 656·2	—
Poronin [1])	średnie m.	697·03	691·73	690·2	691·6	693 2	700·0	697·5	698·1	697·1	698 4	695.7	690·7	695·1
	maxim.-minim.	705·94 685 48	701·72 678·83	700·7 679·0	695·8 685 1	697·5 686·6	704·3 693·5	703·2 691·1	704·5 692·2	703 0 687·8	709·0 686·7	707·7 676·1	703·5 675·6	—
Davos [2])	średnia roczna	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	631·02
	maxim.-minim.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	635·5 625·5

[1]) Poronin wieś o 6 kilometrów od Zakopanego w kierunku półn. wsch. oddalona, na drodze z Nowego Targu do Zakopanego.
[2]) Davos, znane uzdrowisko w Alpach Szwajcarskich, w Kantonie Gryzońskim, na 1560 m. ponad poziom morza.

III) Ciepłota.

Tabl. II.

Z powyższéj tablicy wynika, iż sierpień jest najcieplejszym miesiącem roku w Zakopanem, ze średnią ciepłotą = + 16·52° C., cechuje się też najmniejszem miesięcznem wahaniem ciepłoty t. j. pomiędzy 21 stopniami; z kolei idzie czerwiec ze średnią ciepłotą = + 15·01° C. i granicami wahania między 26 stopniami, następnie lipiec z ciepłotą średnią = + 1·4·39° C. i wahaniem ciepłoty między 25·6 stopniami, daléj wrzesień ze średnią ciepłotą = + 11·31° C. i wahaniem = 25 stopni.

Najzimniejszym miesiącem roku jest grudzień ze średnią ciepłotą = — 6·95° C. i wahaniem = 35·5 stopnia; po nim następuje styczeń z ciepłotą = — 3 89° C. i wahaniem = 35·0 stopni. Największe wahanie ciepłoty przypada na miesiąc marzec = 38·5 stopni. W miesiącach od czerwca do września włącznie ciepłota nie spada niżéj 0° C.

W Krakowie równocześnie notujemy najwyższe średnie ciepłoty w miesiącach sierpniu (wahanie 26·5° C.), czerwcu (wahanie 28·7° C.), lipcu (wahanie 27·2° C.), wrześniu (wahanie 28° C.), najniższe w styczniu (wahanie 35·9° C.) i grudniu (wahanie 37·0° C.). Widzimy tedy, iż różnice najwyższych i najniższych ciepłot miesięcznych są w Zakopanem mniejsze, niż w Krakowie n. p. w sierpniu różnica mniejsza o 5·5° C., w czerwcu o 2·7° C., w lipcu o 1·6° C., we wrześniu o 3° C., w grudniu o 1·5° C, w styczniu o 0·9° C.

Ciepłota tedy Zakopanego, średnio niższa od krakowskiéj odznacza się większą jednostajnością, tak w lecie jak w zimie. Uderzającym jest fakt, że w Poroniuie o 100 m. niżéj położonym jest średnia ciepłota roczna niższa niż w Zakopanem (lepsze osłonięcie Zakopanego od północy).

IV) Promieniowanie słoneczne.

Ścisłe spostrzeżenia w téj mierze nie były dotąd, jeżeli się nie mylę, w Zakopanem przedsiębrane, zapewne z tego powodu, że metody oznaczania promieniowania są więcéj skomplikowane. Promieniowanie słoneczne w klimacie górskim wywiera nader potężny wpływ fizyjologiczny na życie organiczne, będąc przyczyną zwiększonego działania ciepła przez cały rok, a zwłaszcza w miesiącach zimowych, większego nasilenia światła i silniejszego działania chemicznego światła.

Promieniowanie słoneczne wzmaga się ze stopniem wyniesienia miejsca ponad poziom morza: i tak na szczycie Montblanca promieniowanie słoneczne utraca zaledwie 6% swego pierwotnego nasilenia, gdy w poziomie morza traci

Tabl. II Średnie ciepłoty miesięczne i średnia roczna, tudzież miesięczne maxima i minima ciepłoty dla Krakowa, Zakopanego, Poronina w stopniach Celsiusa (obrachowane z 3-ch lat).

		Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Październik	Listopad	Grudzień	średnia roczna
Kraków	średnia m. . .	—3·63	—0·09	+2·59	+8·46	+11·07	+17·65	+17·56	+18·25	+13·06	8·80	2·31	—2·83	+7·76
	max.-minim. .	+12·5—23·4	+10·8—17·0	22·4—15·6	+29·7—2·6	+30·5—1·4	+35·2+6·5	34·2+7·0	33·0+6·5	28·6 0·8	+26·0—2·1	+14·9—15·4	+9·8—27·2	
Zakopane	średnia m. . .	—3·93	—1·96	—1·43	5·18	+9·47	15·01	+14·39	16·72	+11·31	+5·88	0·66	—6·95	5·34
	max.-minim. .	+9·0—26·0	+10·0—22·0	+14·0—24·5	+18·0—6·8	+24·0—6·5	30·5+4·5	+32·0 6·4	+27·5 6·5	25·0 0·0	20·2—5·6	+13·5—16·0	+7·0—28·5	
Poronin	średnia m. . .	—3·89	—2·13	—1·87	+5·11	+10·02	15·21	+14·48	15·34	11·19	5·58	0·12	—6·88	5·19
	max.-minim. .	9·9—24·4	9·5—19·8	13·6—23·5	18·0—6·0	25·3—2·5	+26·1+6·3	+26·0 7·9	26·1 7·5	25·0 0·3	16·[illegible]—7·1	+12·8 15·9	7·8—28·4	
Davos		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+2·90

25%—30%, przy doświadczeniach czynionych w Szwajcaryi w punktach na 1800 m. ponad poziom morza wzniesionych, termometr w cieniu okazywał ciepłotę 26·5° C., w słońcu 44° C., w punktach na 2300 m. wyniesionych w cieniu 19·1° C. w słońcu 46·4, w punktach na 3000 m. wyniesionych w cieniu° C, w słońcu 59·5° C. Dnia 13 lipca 1889 r. termometr wskazywał na Krzyżnem (21·76 m.), w Tatrach w cieniu 14° C., w słońcu 42° C.

Promieniowanie silniejsze w miejscach wysoko położonych wpływa korzystnie na średnią ciepłotę, albowiem powierzchnia ziemi silniéj ogrzana, częścią przez przewodnictwo, częścią przez promieniowanie użycza powietrzu swego ciepła Wpływ ten jest j szcze wybitniejszy i cenniejszy w zimie. Stąd pochodzi, że w Zakopanem można w pogodnym dniu przechadzać się lub spędzać całe godziny na werandzie w lekkiem odzieniu przy względnie niskiéj ciepłocie, nie doznając uczucia zimna, stąd rychłe opalenie skóry przy dłuższych przechadzkach w górach, stąd, z powodu równocześnie silniejszego oświetlenia większa wybitność konturów górskiéj scenery.

Odwrotnie jednak silniejsze oddawanie ciepła odpromieniowaniem w przestrzeń przez powierzchnię ziemi wśród pogodnych nocy, sprawia, iż noce we wszystkich ustroniach alpejskich są względnie chłodne.

V) Względna wilgotność powietrza.

Względna wilgotność powietrza oznacza procentowy stosunek ilości pary wodnéj, zawartéj w powietrzu, do największéj ilości pary mogącéj się znachodzić w powietrzu przy danéj ciepłocie, uważając wilgotność powietrza parą wysyconego = 100. Od stopnia względnéj wilgotności powietrza zależy przeważnie, czy mamy klimat uznać za mniéj lub więcéj suchy. Im niższy stopień względnéj wilgotności, tem silniejsze parowanie wody na powierzchni ziemi.

Przeciętnie wilgotność względna zmniejsza się ze wzmagającem się wyniesieniem miejsca ponad poziom morza, lecz nie koniecznie, albowiem wpływają tu równocześnie i inne czynniki, jak średnia ciepłota, kierunek wiatru i t. d.

Spostrzeżenia dotyczące wilgotności względnéj powietrza w Zakopanem są dotąd bardzo niedokładne, czego główną przyczyną, a zwłaszcza też w miesiącach zimowych, stosunkowo trudny i wielkiéj przezorności wymagający sposób oznaczania za pomocą psychrometru. Rozporządzam cyframi dokładnie obliczonemi i pewnemi tylko od września 1880 r. do czerwca 1881, tudzież ze stycznia, lutego, marca, listopada i grudnia 1887 roku. Średnie miesięczne względnéj wilgotności od września 1880 r. do czerwca 1881 r. tak dla Krakowa, jak Zakopanego podaje następująca tablica; średnich z lipca i sierpnia braknie, lecz wnioskując z kilkudziesięciu luźnych spostrzeżeń, mało się różnią od średnich czerwca i września.

Tabl. III

Średnia roczna wynosiła tedy dla Zakopanego 82·6, dla Krakowa 82·7, zatem prawie były równe, lecz biorąc wzgląd na niższą średnią ciepłotę Zakopanego, która wynosi 70% średniéj rocznéj ciepłoty Krakowa, wilgotność względna Zakopanego przedstawia się idealnie mniéj lub więcéj o 30% mniejsza, klimat tedy Zakopanego suchszy niż Krakowa. Stąd też poruszanie wody w miejscach odsłoniętych, nieocienionych Zakopanego, n. p. około domów w pewnem oddaleniu od lasu, jest daleko obfitsze i szybsze *ceteris paribus*, niż w Krakowie, stąd drogi po deszczach schną rychléj, niż w nizinach, stąd przebywający w Zakopanem przeciętnie więcéj potu wydziela (wpływa tu oczywiście i mniejsze ciśnienie powietrza), chociaż tenże z powodu zwiększonego parowania trudniéj w formie płynnéj na skórze się jawi, co wywołuje błędne zapatrywanie nie lekarzy, „jakoby się w górach mniéj pocili". Skutkiem tego mniéj się jest w Zakopanem naiażonym na „zaziębienie".

Że domostwa i wille w głębi lasu położone, lub nad brzegiem większego strumyka otoczone będą atmosferą o większéj względnéj wilgotności, jest zupełnie naturalnem; dlatego też przy wybieraniu mieszkań należy baczyć na miejsce i położenie; jednemu służyć będzie powietrze suchsze, dla innego pożądaną będzie atmosfera wilgotniejsza.

Tabl. III. Średnie miesięczne względnéj wilgotności powietrza dla Krakowa i Zakopanego, tudzież średnie roczne.

	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Październik	Listopad	Grudzień	średnia roczna
Kraków	94·2	90·7	85·3	72·7	73·6	75·3	74·1(?)	74·7(?)	80·9	83·2	84 8	86·1	**82·7**
Zakopane	81·5	81·5	82·9	79·0	80·2	79·9	80·9(?)	83·0(?)	86·9	80·9	87·0	86·6	**82·6**
Davos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	**77·85**

Tabl. IV. Kierunek wiatru w odsetkach (z 1 roku, wykazującego dokładne obserwacyje) dla Zakopanego.

	N [1]).	NE.	E.	SE.	S.	SW.	W.	NW.	Cisza
Styczeń	—	—	14·0	—	—	3·2	57·0	3·2	22·6
Luty	—	—	2·9	—	—	6·0	57·5	6·0	28·5
Marzec	—	—	—	2·2	2·2	32·4	3·2	11·9	48·1
Kwiecień . . .	—	—	—	—	3·3	10·0	28·9	3·3	54·5
Maj	—	11·8	3·2	—	—	23·7	—	6·5	54·8
Czerwiec . . .	—	5·6	8·9	—	3·3	22·2	16·7	4·3	40·0
Lipiec	—	3·2	—	—	—	21·5	14·0	36·6	24·7
Sierpień	—	—	—	—	1·1	29·0	16·1	20·4	33 3
Wrzesień . . .	—	—	8·9	—	—	5·6	36·7	32 2	16·7
Październik. . .	5·4	6·5	17·2	3·2	—	3·2	28·0	11·8	24·7
Listopad . . .	7·8	3·5	—	—	9 3	2·8	34·5	12·5	29·6
Grudzień . . .	2·1	3·2	21·5	—	1·1	—	49·5	7·5	15·1

[1]) = północny; NE = północno-wschodni; E = wschodni; SE = południowo-wschodni; S = południowy; SW = południowo-zachodni; W = zachodni; NW = północno-zachodni.

VI) Kierunek wiatru.

Tabl. IV.

Z powyższéj tablicy wynika, iż wiatr zachodni zajmuje pierwsze miejsce, zwykle wieje od południa przez kilka godzin i wtedy zwiastuje pogodę; jeżeli wczas rano lub późnym wieczorem zawita, bywa zwiastunem słoty. Co do częstości, z kolei następuje wiatr południowo-zachodni, potem północno-zachodni, daléj wschodni, północno-wschodni, południowy, północny i południowo-wschodni. Przeciętnie 32·7% czasu panuje cisza.

Widoczne tedy, że kierunek wiatru tłumaczy się dostatecznie położeniem geograficznem, mianowicie osłonięciem miejscowości od północy, południa i częściowo od wschodu. W jesieni jawi się czasem wiatr **halny**, miejscowy, bardzo silny, zwykle z kierunkiem południowo-wschodnim, analogiczny alpejskiemu „fochu". Ten jako wyjątkowy w rachubę tu nie wchodzi. (C. d. n.)

Uwagi nad endemiją ospy w Warszawie [1]).

Podał

Dr. Tymoteusz Stępniewski,

dyrektor Instytutu hodowli limf i szczepienia ospy w Warszawie.

Znaną jest rzeczą, że z wyjątkiem pograniczy azyjatyckich, u nas jednych najgorzéj, a u Was nienajlepiéj regulowanym jest system urządzeń higijeny publicznéj wogóle, a w szczególności środki ochronne, przeciw najdawniéj znanemu nieprzyjacielowi, ospie; to też pomimo sprzyjających warunków umiarkowanego podniebia umiera nas i kaleczeje od ospy więcéj, aniżeli w jakimkolwiek punkcie ziemi. Lekarz czuje anomalję i ocenia szkody z niéj płynące; czuło je również i spiące w grobach, zacne pokolenie naszych starszych braci w medycynie i pomimo przesądów naokół, propagowało z godnością, a wytrwale, ideę szczepienia ochronnego ospy: od ostatnich dni pierwszego inicyjatora tego szczepienia, Baudouina (1768 r.) do początków bieżącego wieku, limfą ludzką, następnie zwierzęcą (Jenner) humanizowaną, a od kilku dziesiątków lat, czystą zwierzęcą. Dzieje téj sprawy, to właściwie dzieje propagandy lekarskiéj racyjonalnego szczepienia ospy; propaganda ta, a za nią idąca akcyja ciągnie się: od Lafontaina i Dziarkowskiego (Warszawa), od Śniadeckich, Becu i Franka (Wilno), od Badurskiego, Boduszyńskiego, Vannotiego, Neuhausera i t. d. (Kraków-Lwów), do dni naszych. Pomimo tego jednak stało się u nas inaczéj jak gdziekolwiek: wykonawstwo szczepienia znalazło się w rękach nielekarza; wyrazem skutków tych jest gospodarka ospy, nawet w Warszawie, większa, aniżeli gdziekolwiek w granicach naszych dzielnic. Udział bowiem medyka nietylko nad górną Wisłą i nad Pełtwią w radzie opieki zaważył w pewnej mierze na szalce ulepszeń higienicznych, lubo, co do ospy, obowiązkowego jej ochronnego szczepienia nie zdołał wytargować. Wobec różnic prawodawczych wspólną naszą korzyścią stało się, że Wy, nieco dawniej, a my od lat kilkunastu, przeszliśmy do obozu, uznającego pozytywną wartość szczepienia materyjałem zwierzęcym; rozleglej jednak system ten rozwinął się u Was niż u nas, a przytem, wykonawstwo inokulacyi u Was prawie zupełnie znalazło się w ręku lekarza, gdy u nas instynkt zachowawczy wykształceńszych rzesz zwrócił się ku lekarzowi dopiero w ostatnich czasach. W ostatnich także czasach i zupełnie blizkich współczesnej chwili powiała po kraju idea rewakcynacyi, dotąd prawie obca ogółowi, lubo wytrwale propagowana przez stróży

[1]) Daty, na których opiera się niniejsze sprawozdanie ogłoszone już zostały w Nrze 10-tym „Medycyny" z r. b. Ponieważ jednak autor sprawozdanie to przerobił i rozszerzył, sądzimy, że ze względu na ważność przedmiotu wypadało nie odmówić mu gościnności w łamach „Przegl. Lek.", o którą prosi. *Redakcyja.*

zdrowia publicznego. Na tem tle swobodnie rozwijać się mogła i rozwijała chorobliwość i śmiertelność na ospę, endemicznie zagnieżdżona w Warszawie a po prowincyi potęgująca natężenie do rozmiarów nie bywałych za miedzami. Obecnie, przeszliśmy natężenie ostatnie; wyróżnia się ono od poprzednich pewną szczególnością zjawisk. W przypuszczeniu, że sprawozdanie odnośne zainteresować może i sąsiadów, proszę o gościnność dla elukubracyi méj w „Przeglądzie Lekarskim“. Miałem bowiem sposobność śledzić za stadjami rozwoju klęski, tysięcy szczepień dopełniwszy i wynik ich skontrolowawszy, zyskałem materyjał, który poddaję rozbiorowi, nadmieniając, że cykl szczepień ochronnych dopełniany był limfami badanemi mikro-bakterjologicznie, drogą metod, mających już swoją tradycyję na polu poszukiwań mikroba ospowego.

Warszawa w przeciągu ostatniego dwudziestopięciolecia (1864—1889) zdwoiła swą ludność; liczy obecnie blizko pół milijona głów (bez wojska), przejdzie niebawem pół milijona po administracyjnem a postanowionem już zlaniu się z Warszawą pogranicz przypragskich. Przerosła tym sposobem Warszawa wiele miast niedawno ludniejszych tak, że w systemie największych ognisk ludności Europy przesunęła się z trzydziestego przeszło na dwunaste miejsce. Ten wzrost miasta starego na starym lądzie jest zjawiskiem niezwykłem; ustępuje tylko wzrostowi Berlina i Pesztu, który ostatni (Peszt) z 230 tysięcy obywateli od 1873 r., czyli przez lat 16, dochodzi obecnie także do pół milijona. Rozwój ten przyszedł do skutku, przeważnie, za sprawą napływu do Warszawy żywiołów różnego autoramentu, które, pisząc się na współobywatelstwo z żywiołem miejscowym, razem z nim, złożył organizm: ważny wciąż moralnie dla kraju, a dla zagranicy, ważny w znaczeniu wygodnej stacyi i węzła komunikacyjnego pomiędzy zachodem Europy a jéj północo-wschodem i daléj. Jako tak znaczący punkt Warszawa winna być skontrolowaną peryjodycznie na zasadach liczenia statystycznego, wypróbowanego w praktyce. Wymaga tego interes własny Warszawy ekonomiczny, nawet interes stosunku jéj na zewnątrz; stosunek ten bowiem o tyle korzystniej dla miasta układa się, o ile bliżsi i dalsi wiedzą — czy i jak miasto samo ceni objawy własnego ruchu.

Do 1877 r. o takiej statystyce nie było i mowy. Dopiero od tego czasu Magistrat Warszawski ogłaszać począł buletyny tygodniowe o ruchu ludności, sporządzane na modłę wiedeńsko-peszteńską. Sprawa prowadzenia bióra statystycznego, złożona w zdolne ręce prof. Witolda Załęskiego, po próbach i wprowadzeniu poprawek, odpowiedziała wymogom potrzeby i chwili; mianowicie, statystyka śmiertelności z poszczególnych przyczyn (chorób) uznaną została za dobrą nawet przez zagranicę, tak, że cyfry téj statystyki, wprowadzono do wykazów międzynarodowéj statystyki ważniejszych ognisk ruchu cywilizacyjnego.

Postaraliśmy się o daty urzędowe z ognisk tych. Zestawiamy je z datami naszemi, celem rozpatrzenia się — w czem lepiej a w czem gorzej stoimy od sąsiadów, mianowicie zaś w walce o przedłużenie życia jednostek i mass. Postacie częstszych zaraz są znane a terminologija ich jest ustaloną: ospa, odra, szkarlatyna, tyfus, dyfteryja i t. d. — to zastęp, groźny dla życia ludzkiego w jego zaraniu. Akcyja chorób tych musiała wywołać i wywołała reakcyję. W Europie od Madrytu do Petersburga i dalej przepisy hygieny różnie stosowane z różnym też skutkiem walczą przeciwko wszystkim zarazom częstszym, oprócz ospy, przeciwko której walka idzie ze skutkiem już określonym.

Ospa bowiem, najrozleglej i najdotkliwiej dziesiątkująca ludność dawniej, ujętą jest teraz w karby umiarkowania tam, gdzie system ochrony higienicznej rozwiniętym jest konsekwentnie, a zdławianą zupełnie bywa tam, gdzie ten system wyczerpniętym został do dna. Wyczerpują środki ochronne przeciwko ospie z państw bliższych nam, lub zbliżonych klimatycznemi i wogóle fizycznemi warunkami: Szwecyja, Danija i Niemcy. To też w wielkich ogniskach ludności państw tych, kontrolowanych statystycznie, tak jak Warszawa, a mianowicie, w r. zaprzeszłym (1888): w Sztokholmie, w Chrystyjanii, w Kopenhadzie, w Królewcu, w Gdańsku, w Berlinie, w Lipsku, w Dreznie — nikt, wyraźnie **nikt**, nie umarł na ospę. W miastach Austryi umarł jeden na ospę na liczbę zmarłych ze wszystkich chorób: w Peszcie na 1072, w Krakowie na 778, w Wiedniu na 323, we Lwowie na 103. Z miast rosyjskich: Petersburg, Moskwa i Odessa mają dobrą statystykę, z której widzimy, że w r. 1888 jeden umarł: w Odessie na 859, w Petersburgu na 474, gdy w naszej Warszawie jeden zmarł na ospę na 37 (!) zmarłych ze wszystkich chorób. Z zestawienia tych cyfr wypada, że w r. zaprzeszłym (1888), gdy nie było mowy nawet o wzmożonej ospie w Warszawie, to choroba ta jednak stanowiła tu 37-mą część ogólnej śmiertelności, t. j. część wielokrotnie większą od procentu zmarłych z niéj w miastach wielkich a najbliższych: cesarstwa i zagranicy, kontrolowanych przytem statystycznie. Posiadamy również cyfry z miast dalszych: europejskich i pozaeuropejskich; wszystkie one reprezentują stosunek śmiertelności z ospy — mniejszy niż w Warszawie. Cyfr tych nie pomieszczamy w obecnym opisie, jako obchodzić nas mogących mniéj, bo dających obraz zjawisk za odległych a nadto szeregowanie ich rozszerzyłoby ramki obecnej rozprawy nad program. Na żądanie służyć możemy otworzeniem teki z materyjałem do statystyki porównawczéj o ospie jaknajdalszéj od nas a przeszłéj przez kontrolę urzędową i naukową.

Lecz ta poważna cyfra z 1888 r., okazująca, że w roku tym 37-mą część zmarłych w Warszawie — zabrała ospa, nie jest cyfrą, niestety, maksymalną dla Warszawy. W przeciągu dwunastolecia (1877—1889) stanowiła ospa śmiertelności: w 1881 r. 19-stą część, w 1877 r. 17-stą, w 1878 r. 12-stą (!) a w r. 1882 9-tą (!!). (C. d. n.)

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

— **Komisya sanitarna krakowska** odbyła w dniu 26 Kwietnia pod przewodnictwem r. m. Dr. **Oettingera** posiedzenie, na którem fizyk miejski Dr. **Buszek** podał do wiadomości cyfry odnoszące się do chorobliwości i śmiertelności w Krakowie w pierwszym kwartale r. b. Umarło w styczniu 327, w lutym 216, w marcu 239 osób, między tymi 81, 68 i 56 obcych. Wykładnik śmiertelności wynosił po kolei dla wymionych miesięcy z obcymi 50·9, 34·2, i 37·8, bez obcych 38·3, 23·4 i 28·9. Procent śmiertelności z chorób zakaźnych wynosił 13.3, 16.2 i 13·8. W pierwszym kwartale umarło z odry 26, z płonicy 9, z tyfusu brzusznego 18, z tyfusu osutkowego 3, z gorączki połogowéj 3, ze suchot płucnych 163, z zapalenia płuc 179 (w styczniu 99, w lutym 27, marcu 53) osób. **Na ospę nikt nie umarł.** Co do duru osutkowego, uchwalono zgodnie z opinią fizyka miejskiego oświadczyć władzom wyższym, iż nie ma epidemii téj choroby w Krakowie i że nie największa część przypadków w szpitalu św. Łazarza postrzeganych pochodzi ze wsi okolicznych. R. m. Dr. **Jordan** poruszył sprawę niedostateczności miejsca w łazienkach damskich i niewłaściwego ich umieszczenia na Wiśle. Uwagi te uznano za słuszne i postanowiono odpowiedni wniosek przedstawić Radzie miejskiej. R. m. Dr. **Domański** odczytał opracowane przez siebie na polecenie komisyi popularne skazówki ochrony od suchot płucnych oparte na obecnem stanowisku nauki. Przyjęto z nieznacznemi zmianami uzupełniającemi i postanowiono podać do wiadomości ogółu za pomocą dzienników a mianowicie Dziennika rozporządzeń miejskich. (Umieścimy w Nrze następnym. Red.) Instrukcyą o desinfekcyi mieszkań, w których znajdowali się chorzy dotknięci chorobami zakaźnemi, przyjęto z małemi zmianami i postanowiono wraz z przepisami o desinfekcyi rzeczy przedłożyć Radzie miejskiej do zatwierdzenia. R. m. Dr. **Pareński** przedstawił potrzebę desinfekcyi staréj odzieży sprzedawanéj przez tandeciarzy a pochodzącéj bardzo często z osób dotkniętych chorobami zakaźnemi. Wielką ważność téj sprawy uznano i wezwano Magistrat, by dostarczył r. m. Drowi Pareńskiemu dat potrzebnych do opracowania stosownego wniosku dla Komisyi sanitarnéj. Nakoniec kilku członków Komissyi poruszyło rozmaite usterki sanitarne przez siebie w mieście dostrzeżone.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 1 Maja. Sprawa urządzenia Wydziału lekarskiego we Lwowie rok rocznie od lat kilku bywa przedmiotem naprzód rozpraw w Kole polskiem we Wiedniu, następnie w komisyi budżetowéj a wreszcie w Izbie poselskiej samej przy sposobności dyskusyi nad budżetem, a względnie budżetem szkół głównych. I tym razem Koło uchwaliło wysłać deputacyę do p. Ministra Oświecenia, która miała pomiędzy innemi przypomnieć sprawę Wydziału lekarskiego, a wreszcie poseł Czerkawski w Izbie pełnej mówił o potrzebie tego Wydziału. Odpowiedź p. Ministra brzmiała zupełnie tak samo, jak w latach poprzednich. Wydział lekarski stanie we Lwowie, lecz czasu oznaczyć niemoże, a przedewszystkiem najnaglejsze potrzeby Wydz. lek. w Krakowie muszą być zaspokojone. Ponieważ atoli i zaspokojenie tych najnaglejszych potrzeb Wydziału lek. w Krakowie dają czekać na siebie, gdy dotąd w budżecie nie został umieszczony fundusz na potrzebę najbliższą, to jest na budowę nowego zakładu patologicznego, więc tak rychło utworzenia Wydziału lekarskiego we Lwowie spodziewać się nie można. Z zadowoleniem zapisać wszakże musimy, że o ile dowiadujemy się z zapewnienia jednego z naszych posłów w Kole danego, gmina lwowska gotową jest przeznaczyć gmach bezpłatny pod budowę przyszłych zakładów lekarskich, co w obec ciągłego antagonizmu władz autonomicznych z rządowemi w kraju naszym jest wiadomością pocieszającą i służyć mogącą do przyspieszenia sprawy, o któréj już tyle rozprawiano.

* **Wiedeń**. Prof. Brühlowi, profesorowi zootomii, wykładającemu od lat wielu zoologię w sposób przystępny dla naszej publiczności wykształconej, przed samém przeniesieniem w stan spoczynku z powodu wieku, wytoczono śledztwo o zniewagę religii śród jednego z ostatnich wykładów. Sprawa ta stała się głośną, a liczne grono słuchaczy i słuchaczek jego podpisali oświadczenie, że w obec sądu pod przysięgą gotowi stwierdzić, iż profesor uczucia słuchaczów w niczem nie obraził. Podobno jeden z posłów zamierza interpelować Ministra Oświecenia w tej sprawie. Ze swej strony wspominamy o niej z powodu, że prof. Brühl przed 32 laty rozpoczął zawód swój nauczycielski jako profesor zoologii w Uniw. Jagiellońskim za czasów bachowskich a po roku przeniesiony został ztąd do Budapesztu; jednak śród krótkiego pobytu swego w Krakowie wywołał zajście z jednym z ówczesnych studentów, który wystąpił przeciw niemu również z powodu jakiegoś znieważenia uczuć religijnych podczas wykładu zoologicznego. Nie pamiętamy już, o co się wtedy rozchodziło i po czyjej stronie była słuszność; dziwna atoli rzecz, że na wstępie i na schyłku zawodu nauczycielskiego spotykają prof. Brühla podobne zarzuty.

Znany ginekolog prof. Bandl, lat 48 liczący, przed kilku laty zamianowany profesorem zwyczajnym w Uniw. niemieckim w Pradze czeskiej, przed samym wykładem wstępnym zapadł był na cierpienie umysłowe i wskutek tego porzucił Pragę i powrócił do Wiednia, gdzie poprzednio był bezpłatnym profesorem nadzw. Ministerstwo nie dopuściło go do wykonywania praw docenta, Bandl cieszył się jednak rozległą praktyką. Stan jego musiał atoli znacznie z biegiem czasu pogorszyć się, skoro czytamy, że zasłużony i zdolny operator oddany został sądownie pod kuratelę.

Staraniem Proff. Kahlera i Nothnagla sporządzono portret prof. Bambergera i zawieszono w dawnej jego sali wykładowej naprzeciw portretu Oppolzera.

* Przy awansie majowym Dr. Wilhelm Tonner, sympatycznie znany z pobytu dłuższego w Krakowie, brat posła czeskiego a wielkiego przyjaciela naszego, mianowany został starszym lekarzem sztabowym Iszej klasy.

* Zakład wodoleczniczy w Szczawnicy na Miedziusiu, wskutek znacznego napływu leczących się w roku ubiegłym, został obecnie w trójnasób rozszerzony i według wszelkich wymogów nauki uzupełniony. Kierownictwo lekarskie zakładu objął w roku bieżącym specyjalista hydroterapeuta Dr. Walery Momidłowski.

* **Mianowania**. Docent Dr. Józef Drozda we Wiedniu otrzymał posadę prymaryjusza w szpitalu Franciszka Józefa, Dr. Władysław Farkas mianowany prymaryjuszem w szpitalu ś-go Rocha w Budapeszcie w miejscu zmarłego prof. Antala, a lekarz powiatowy Dr. Robert Haumeder dyrektorem szpitala i fizykiem miejskim w Insbruku.

* **Wiadomości osobowe**. Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp.: Stanisław Albert Karpiński z Wielopola Skrzyńskiego w Galicyi i Teofil Tomasz Torczyński z Chutcza w król. Polskiem.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dnia 6-go b. m w gmachu kliniki chorób wewnętrznych w dawnéj sali wykładowéj kliniki chirurgicznéj posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. Browicz mówić będzie o ruchomości ciałek czerwonych krwi w stanach patologicznych; 2) kol. Surzycki przedstawi przypadek cierpienia ogniskowego mózgu i poczyni uwagi dotyczące trudności rozpoznawczéj; 3) odbędzie się dyskusyja nad przypadkiem przedstawionym przez kol. Obalińskiego na przedostatniem posiedzeniu; 4) kol. Buzdygan poda spostrzeżenia kliniczne nad przypadkiem krwotoku wewnętrznego; 5) kol. Pieniążek mówić będzie o ropotoku Stoerka.

Posiedzenie Towarzystwa ginekologicznego w Krakowie odbędzie się dnia 6 maja b. r. o godzinie 6 téj wieczorem w pracowni Doc. Dr. A. Marsa (ul. Grodzka). Porządek dzienny: 1) odczytanie protokólu z ostatniego posiedzenia; 2) kolega Cercha odczyta: O mięsieniu w ogólności i zastosowaniu tegoż do leczenia chorób ginekologicznych; 3) kol. Mars przedstawi preparat anatomiczny ciąży pozamacicznéj; 4) kol. Cercha okaże preparat anatomiczny mięsako-włókniaka macicy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 10 Maja 1890. Nr. 19.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

I. O przeroście opon rdzenia [1]).

Odczyt miany na zjeździe internistów we Wiedniu d. 17-go kwietnia 1890 r.

Przez

prof. Dra A. Adamkiewicza.

Przez *pachymeningitis hypertrophica* Charcot rozumie chorobę, która się oznacza bujaniem nowéj tkaniny i złogami produktów patologicznych w zakresie opon rdzenia, szczegółowo opony twardéj. Przedewszystkiem ma ona wytwarzać się na obu obrzmieniach rdzenia. W ten sposób mówi się o *pachymeningitis hypertrophica cervicalis* i o *p. h. lumbalis*. Bujania opony twardéj składają się z różnych form zwykłéj tkanki łącznéj. Złogi patologiczne zaś, które w niéj się mieszczą, są to produkty rozpadowe owéj choroby, która zwykle jest przyczyną *pachymeningitis* — gruźlicy.

Podczas gdy bujania łącznotkankowe prowadzą do zrostów, które w końcu rdzeń pacierzowy, opony jego i kanał kostny kręgosłupa organicznie łączą i zamieniają w jednolitą masę, to złogi przyczyniają się do tego, że one wraz z tkanką bujającą tworzą naokoło rdzenia pierścień otaczający i ugniatający rdzeń pacierzowy. Temu uciskowi przypisują właściwe działanie i wpływ na rdzeń pacierzowy. Ucisk ten ma wywołać niedokrewność w uciśniętéj części rdzenia, wywołuje zatem zaburzenia w odżywieniu, przez to ma powstać zapalenie, tak zw. *myelitis ex compressione*, która znowu ma sprowadzać nekrozę, rozmiękczenie i rozpad.

W ten sposób rdzeń w miejscu ucisku, podobnie jak w chorobie Potta, ma zostać jakby przeciętym. A teraz mają rozwijać się od miejsca przecięcia zwyrodnienia wtórorzędne, — zwyrodnienie sznurów Golla w kierunku ku górze, a zwyrodnienia dróg piramidalnych w kierunku ku dołowi. Te ostatnie mają być podstawą objawów klinicznych, które wywołuje *pachymeningitis*, przeważnie objawów porażennych odnóg dolnych, które choroba regularnie nadweręża.

[1]) Bliższe szczegóły zawarte w monografii Adamkiewicz: *Pachymeningitis hypertrophica und der chronische Infarkt des Rückenmarkes. Anatomisch u. Klinisch.* Wien, Hölder 1890.

Te tłumaczenia Charcota, o ile tyczą się anatomicznéj strony choroby, ogólnie zostały przyjęte. Tylko w tłumaczeniu klinicznych objawów Leyden różni się znacznie od Charcota. Jest on zdania, że nie zwyrodnienia wtórorzędne wywołują obraz chorobowy *pachymeningitis*, ale te zmiany istoty rdzenia, które wyż wspomniane bujania łącznotkankowe opony twardéj wprost wywołują w istocie rdzenia, a które polegają na zgrubieniu neuroglii i zaniku nerwów i niczem innem nie są jak zmianami przewlekłéj *myelitis*. Które z tych dwóch tłumaczeń jest więc prawdziwem? Tem pytaniem się zająć jest głównem zadaniem mojego odczytu. Odpowiedź mógł na to pytanie dać tylko bardzo jasny przypadek. A ponieważ dotąd nikt jeszcze nie zajął się szczegółowem badaniem delikatniejszéj budowy anatomicznéj rdzenia zajętego chronicznem zapaleniem opon, ponieważ daléj dla uzupełnienia wyników, które otrzymałem przy badaniu chorób degeneracyjnych rdzenia [1]) za pomocą mojéj metody barwienia safraniną, badanie zwyrodnień intersticyjalnych, jakie w *pachymeningitis* być muszą, są doniosłéj wagi, ponieważ takie badania były w stanie wykazać ważność sieci naczyniowéj rdzenia przezemnie opisanéj dla spraw patologicznych rdzenia, ponieważ wreszcie w nauce o *pachymeningitis* przypisują uciskowi tkanki nerwowéj, wywołanemu przez produkty patologiczne ową ważną rolę, jaką przypisują według wyników moich prac zupełnie błędnie działaniom uciskającym mózg, dlatego zająłem się szczegółowo zbadaniem takiego przypadku w przekonaniu, że wyniki w ten sposób osiągnięte prowadzą do zrozumienia ogólnych prawideł patologicznych i w ten sposób nadają nawet jednemu przypadkowi klinicznemu znaczenie przewyższające wartość przypadku kazuistycznego.

Chory, od którego pochodził materyjał służący mi do wspomnianych badań, a którego zawdzięczam szanownym kolegom proff. Korczyńskiemu i Browiczowi, cierpiał za życia na porażenie obu odnóg dolnych, połączone ze znacznym zanikiem i przykurczeniem mięśni takowych. Skurczone ścięgna

[1]) Adamkiewicz: *Die degenerativen Krankheiten des Rückenmarkes.* Stuttgart 1888. Ferd. Enke.

uniemożliwiły wszelkie ruchy odnóg tak czynne jak i bierne i trzymały kolana w ustawicznem zgięciu. Pęcherz moczowy i odbytnica były zupełnie porażone. Czucie u chorego było wszędzie prawidłowe. Podstawą choroby była gruźlica.

Sekcyja wykazała obok ogólnéj gruźlicy narządów wewnętrznych, z których przedewszystkiem były zajęte pęcherz i płuca, bardzo znaczne zmiany w układzie nerwowym centralnym. Znaczne części jego były obrośnięte silnemi błonami łączno-tkankowemi i za pomocą tychże zupełnie zrośnięte z czaszką i kanałem kostnym kręgowym. Części te były następujące: rdzeń przedłużony, móżdżek aż do ciałka czworaczego, rdzeń szyjny i znaczna część rdzenia piersiowego. A zatem mieliśmy tu do czynienia raczéj z ogólną niż częściową *pachymeningitis* obrzmień rdzenia.

Błony te składały się z tkanki łącznéj, która tworzyła wszystkie przejścia od młodéj obfitéj w jądra tkanki łącznéj granulacyjnéj aż do tkanki składającéj się z zbitych włókien. Błony te w zakresie dolnego rdzenia szyjnego okazywały szczególne ułożenie. Tam, gdzie przednie korzenie lewéj połowy rdzenia opuszczają istotę rdzenia, błony te tworzyły rodzaj guzu o pochewce warstwowéj, który to guz ku górze i ku dołowi był coraz to cieńszy i ginął z jednéj strony na wysokości trzeciego, z drugiéj na wysokości szóstego korzenia szyjnego.

W ten sposób zamykały przestrzeń kulistą, mającą największy obszar na wysokości piątego korzenia szyjnego, przestrzeń wypełnioną masą składającą się częścią z wyraźnych, częścią z rozpadłych komórek okrągłych, widocznie pochodzenia gruźliczego.

Masa ta z torebką wcisnęły się w istotę rdzenia w kierunku diagonalnym z przodu ku tyłowi i zamieniły rdzeń w twór półksiężycowy, który w miejscu największego rozprzestrzenienia się obrzęku przedstawiał tylko połowę wielkości prawidłowego przekroju rdzenia. To były zmiany makroskopowe.

Badanie mikroskopowe za pomocą mojego sposobu badania safraniną osiągnięte wykazało następujące zmiany. Korzenie nerwów, które przeszywały zgrubiałą tkankę łączną i o których można było przypuścić, że skutkiem ucisku kurczącéj się tkanki łącznéj znacznie ucierpieć musiały, okazały się w wielkiéj liczbie zupełnie dobrze utrzymane. Można je było widzieć na przekrojach poprzecznych i podłużnych ułożone jak mozaika w zgrubiałéj masie łącznotkankowéj i charakteryzowały się fizyjologicznie delikatnem *endoneurium*, prawidłową istotą rdzenną włókien nerwowych, które łatwo dały się odróżnić w sieci *endoneurium* i pięknemi licznemi ciałkami nerwowemi, które leżały w pochewce rdzennéj. Obok tego można było znaleść i nerwy schorzałe różnego stopnia aż do zupełnego zaniku. W tych ostatnich można było zaledwie znaleść włókna nerwowe i ciałka nerwowe jako nieznaczne resztki, owe jako twory ubogie w istotę rdzenną, a ciałka nerwowe jako drobne żółtawe plamki. A na miejscu zanikłych składników nerwowych wystąpiła tkanka łączna, która jako potężny pierścień zastąpiła delikatne *perineurium* i zamieniła całą wiązkę nerwową w sznur łącznotkankowy. A także mierne stopnie zaniku nerwów w podobny sposób się przedstawiały, a mianowicie w miarę zmniejszenia się ilości włókien nerwowych i ciałek nerwowych tkanka łączna występowała na ich miejsce.

W rdzeniu pacierzowym musimy zbadać zmiany powstałe skutkiem bujania łączno-tkankowego opon i złogów w rdzeniu pod dwojakim względem; raz pod względem formy, a powtóre pod względem budowy.

Zmiana odnosząca się do formy już dlatego zasługuje na szczególną uwagę, ponieważ dotychczasowa nauka o *pachymeningitis* odnosi sprawy powstające w rdzeniu w *pachymeningitis* do ucisku błon przerosłych i do zmiany kształtu rdzenia skutkiem ucisku powstającéj. A znów wybadanie zmian tkaninowych rdzenia jest zadaniem o tyle jeszcze ważniejszem, o ile tylko bardzo dokładna znajomość takowych może nam pozwolić wydanie sądu, czy, jak owa nauka równocześnie twierdzi, rzeczywiście istnieje owa ważna zależność zmian w *pachymeningitis* począwszy od niedokrewności uciskowéj aż do rozmiękczenia i zwyrodnienia wtórorzędnego.

Otóż co się tyczy pierwszego punktu, a mianowicie ucisku części szyjnéj rdzenia przez guz, to już wyżéj wspomniałem, że w naszym przypadku istota rdzenia skutkiem ucisku zmniejszyła się prawie do połowy. Co się zaś tyczy obrazu mikroskopowego téj części to był on następujący: tkanka nerwowa uciśnięta okazuje obok łatwo tłumaczącéj się zmiany kształtu i przesunięcia się pojedynczych części rdzenia, wyraźne zagęszczenie składników nerwowych (*condensatio*). Przedewszystkiem widać to na lewéj połowie rdzenia. Tutaj wyraźnie widać, że elementa nerwowe zbliżyły się do siebie i równocześnie zmniejszyły swoją objętość. Te stosunki najłatwiéj dają się rozpoznać na istocie szaréj. Jéj słup lewy został tak ugnieciony, że powstał z niego wązki pasek i podając się uciskowi guza działającego w kierunku diagonalnym ustawił się zupełnie ukośnie względem komisury. Duże gwiaździste komórki zwojowe rogów przednich zamieniły się w delikatne wrzecionka, które wyglądają jak smugi obok siebie ułożone. Te zmiany istoty nerwowéj są oczywistym wyrazem zagęszczenia się takowéj i dowodem, że tkanka nerwowa jest ściśliwą. To zagęszczenie tkanki nerwowéj daje się, jak to w innych pracach wykazałem, wywołać doświadczalnie tak na mózgach jak i rdzeniach zwierząt żywych za pomocą blaszkownicy.

Obok zmiany kształtu wywołanéj skutkiem *pachymeningitis*, mamy jeszcze dokładniéj oznaczyć przyrodę zmian w utkaniu rdzenia. Ponieważ *pachymeningitis* jest sprawą rozpoczynającą się od opon rdzenia, przeto największe zmiany naturalnie powstać muszą w obwodowych warstwach rdzenia. Te na wielu miejscach są zupełnie zrośnięte ze zgrubiałemi oponami. A gdzie to ma miejsce, tam już nie daje się rozróżnić granica między rdzeniem a oponami, ani też naturalny obraz rdzenia. Przy dokładniejszem badaniu tych miejsc zrośniętych można było skonstatować, że brzeg rdzenia pacierzowego jest pociągnięty ku wewnątrz i daje początek pewnéj masie zagęszczonéj neuroglii. Podczas gdy w warunkach prawidłowych neuroglia rdzenia tworzy delikatną sieć, która rozpoczynając się od gęściejszego ale zupełnie jednolitego brzegu, rozprzestrzenia się ku istocie szaréj, zatrzymując wszędzie swą delikatność, to obraz rdzenia w *pachymeningitis* jest zupełnie zmieniony skutkiem zagęszczonych części neuroglii, które tracą zupełnie charakter regularnéj sieci neuroglii.

Te zagęszczone części, które tem wyraźniéj występują w obrazie mikroskopowym, o ile safranina barwi je fioletowo, mimo swéj nieregularności przecież okazują pewne prawidła. Odznaczają się mianowicie tem, że z sieci zagęszczonéj neuroglii wychodzą końce, które choć są różnéj długości zwrócone są wszystkie ku istocie szaréj i mniéj lub więcéj przebiegają promienisto. Koń-

ce te ku obwodowi przebiegając gubią się w sieci, która staje się coraz szerszą i która tworzy tam wyraźne kliny zwrócone szeroką swą podstawą ku obwodowi rdzenia.

Kształt tych klinów wzbudza zaraz myśl o infarktach. A ponieważ te stoją w znanéj zależności od naczyń i są wyrazem zwyrodniałych obszarów naczyniowych, dlatego myśl o infarktach zniewoliła mnie szukać bliższych stosunków tych klinów neuroglii do naczyń rdzenia. I rzeczywiście dość często można było znaleść w osiach tych klinów stwardniałe naczynia A jeszcze wyraźniéj owe końce, które sterczały z klinów, można było rozpoznać jako zgrubiałe pnie naczyniowe. Jeśli więc było prawdą, że te tak charakterystycznie ułożone sklerozy neuroglii stały w tak bliskim stosunku do naczyń, to fakt ten powinien także innym sposobem być udowodnionym.

Jak wykazałem w innych pracach można rozłożyć rdzeń pacierzowy na pojedyncze części, z których każda tworzy dla siebie obszar naczyniowy. Każdy taki obszar naczyniowy składa się z dwóch systemów naczyniowych. Jeden, *Vasocorona*, posiada naczyńka, które ciągną się promienisto od obwodu rdzenia ku istocie szaréj i albo w niéj albo na drodze ku niéj się kończą. Drugi system jest utworzony z względnie silnego pnia naczyniowego, który przebiega przez przednią szczelinę aż do komisury i tutaj dzieli się na dwie gałęzie, jestto *arteria sulci*. Każda z jéj gałęzi wchodzi do istoty szaréj i w niéj się rozgałęzia.

Jeśli więc wyżéj opisane kliny wybujałéj neuroglii są rzeczywiście infarktami, w takim razie i *art. sulci*, która stoi pod tym samym wpływem *pachymeningitis* co i naczynia *vasocoronae*, powinna uledz stwardnieniu. I tak jest rzeczywiście. Albowiem *art. sulci*, która w stosunkach prawidłowych smukło przebiega przednią fisurę, w *pachymeningitis* nie tylko że sama jest zgrubiałą, ale jeszcze towarzyszą jéj pasma łącznotkankowe, które zapełniają całą przednią szczelinę, a nie mając dosyć miejsca takową eleptycznie rozszerzają.

Obok tych ważnych zmian t. j. infarktów, które przeszywają cały rdzeń szyjny i większą górną połowę rdzenia piersiowego inne zmiany istoty rdzenia mniejszą odgrywają rolę.

Przedewszystkiem muszę wspomnieć o dwóch ogniskach rozmiękczenia, o większem w sznurach tylnych górnego rdzenia lędźwiowego, dokąd *pachymeningitis* z swojemi błonami uciskającemi wcale nie sięgała i o drugiem mniejszem ognisku w szaréj istocie tylnego rogu w środku rdzenia szyjnego. Dolna część rdzenia piersiowego jest znowu siedliskiem zapalenia (*myelitis*), które łatwo daje się rozpoznać po *varicosis* i rozpadzie włókien nerwowych i czerwonem zabarwieniu tychże safraniną, która nerwy zdrowe barwi żółto.

(Dokończenie nastąpi).

II. Przyczynek do nauki o promienicy.

Dziewięć przypadków promienicy ludzkiéj

podał

Dr. Roman Barącz,

operator we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18).

Co do przypadku trzeciego, nie daje się nic pewnego powiedzieć; jednak okoliczność, że pojawienie się ropnia poprzedziły bóle zębów wśród towarzyszącego szczękościsku, przemawia za tem, że i tu drogą zębów dostał się grzybek do ustroju, jakkolwiek wtargnięcie grzybka przez skórę twarzy nie daje się wykluczyć, a to tem mniéj, że chora często wyrywała włosy, mając bujny zarost na twarzy. W przypadku 4-tym według podania chorego utworzył się przed 7-ma miesiącami czyrak na twarzy, a w tydzień potem wystąpił szczękościsk wśród bólu w miejscu ostatnich zębów trzonowych; szczękościsk odtąd prawie nie opuszczał chorego i występowały kilkakrotnie ropnie na dziąsłach i policzku. Ciekawą jest rzeczą, że w chwili pojawienia się obrzęku na szczęce przebijał się właśnie dotyczący ząb mądrości. Czy skóra twarzy, czy rozpulchnione i z przybłonka obnażone dziąsła w tym przypadku były drogą wejścia grzybka do ustroju, pozostanie rzeczą nierozstrzygniętą. Także w przypadku 5-tym poprzedzały bóle zęba trzonowego obrzęk promieniczy; przy operacyi stwierdzono przetokę prowadzącą do chorego zęba, którego korzeń przedstawiał obraz ostrego zapalenia. Należy więc przypuścić, że i tu ząb chory był drogą wejścia grzybka. W przypadku 6-tym na 3 miesiące przed powstaniem obrzęku doznawała chora silnego bólu zęba w tem miejscu, a po usunięciu chorego zęba powstał właśnie ten obrzęk. Jakkolwiek w chwili badania nie można było stwierdzić związku obrzęku z szczęką górną, to jednak etyjologija przemawia wiele za tem, że i tu ząb był drogą wejścia grzybka. W przypadku 7-ym nie wspominał chory wcale o bólu zębów; jednak i u niego obrzęk wystąpił w miejscu chorego zęba.

We wszystkich zatem przypadkach promienicy okolicy szczękowéj, z wyjątkiem jednego, ognisko promienicze znajdowało się w miejscu spruchniałych zębów; bóle zębów poprzedzały też zazwyczaj wystąpienie nacieku na szczęce. Chore zęby wydają mi się też na podstawie powyższych spostrzeżeń własnych być najprawdopodobniejszą drogą wniknięcia promieniczego grzybka do ustroju w promienicy okolicy szczękowéj.

Droga wejścia grzybka w przypadku promienicy szyi nie daje się na pewne oznaczyć. Grzybek mógł wniknąć przez skórę, lub też przez przewód oddechowy, lub wreszcie przez przewód pokarmowy; za ostatnią drogą przemawiałaby okoliczność, że chora na tydzień przed wystąpieniem pierwszych objawów choroby połknęła szczecinę wieprzową, która jéj ugrząść miała w połyku.

Obrzmienia gruczołów chłonnych nie można było wykazać w żadnym przypadku z wyjątkiem jednego: u choréj G... w 2 tygodnie po wypróżnieniu ogniska promienicowego powstał obrzęk twardy gruczołu chłonnego podszczękowego, który jednak wkrótce ustąpił trwale; również podczas powrotu choroby gruczoł ten obrzmiał przemijająco, byłto więc obrzęk zapalny.

Na wykonanie operacyi doszczętnéj zgodziło się 6-ciu chorych; takowa polegała na usunięciu chorych zębów, szerokiem przecięciu ognisk, wyskrobaniu łyżeczką Volkmanna granulacyj aż do oporu ze strony twardego nacieku, wyskrobaniu obnażonéj kości, wycięciu nożyczkami zakrzywionemi dostępnych ścian ognisk i irygacyi rozczynem przeciwgnilnym. W przypadku promienicy szyi wyłuszczono w całości obrzęk zapalny wraz z przetokami i skórę, usunięto więc chorobę najdoszczętniéj; chora znajduje się jeszcze w leczeniu, a rana goi się *per secundam*.

We wszystkich tych 6-ciu przypadkach wyleczenie będzie, jak sądzę, trwałe: w niektórych od czasu operacyi upłynęło już sporo czasu: w jednym przypadku od czasu operacyi upłynęło $1\frac{1}{2}$ roku, w jednym 11 miesięcy, w jednym 9 miesięcy, w jednym 7 miesięcy. W żadnym z tych 4-ch przypadków nie nastąpił dotąd powrót choroby.

Przypadek 4 ty odznaczał się rozległością sprawy chorobowéj. Naciek zajmował z początku policzek prawy, a po nacięciu tegoż rozszerzył się szybko i sięgał do połowy szyi. Ciekawą jest rzeczą, że gdy chory już był na wyleczeniu, powstał w ranie operacyjnéj mały ropień promienicowy, który jednak ponownem wyskrobaniem dał się usunąć doszczętnie.

W przypadku promienicy języka od czasu wyłyżeczkowania upłynęło wprawdzie dopiero 1 $^1/_2$ miesiąca; wobec tego jednak, że ognisko to małe dokładnie wyskrobano, przypuścić muszę i tu zupełne wyleczenie. Gdybym w przyszłości miał przypadek promienicy języka, wyciąłbym obrzęk i zeszył; za pomocą ostatniego postępowania można być pewniejszym. że się ognisko chorobowe doszczętnie usunęło, a nadto co ważniejsza nie naraża się przy tem postępowaniu chorego na możność zarażenia dalszego siebie samego przez możliwe dostanie się grzybków do spruchniałych zębów i połyku.

Dwa przypadki najpierw obserwowane, w których nie zgodzono się na operacyję doszczętną, dowodzą, że samo przecięcie ognisk i przestrzykanie płynem przeciwgnilnym nie wystarczą do usunięcia trwałego sprawy chorobowéj; w obu przypadkach po upływie przeszło 2 łat od powstania pierwotnych ognisk nastąpił powrót choroby; przypadki te uważać zatem należy za nieuleczone i obawiać się należy dalszych powrotów choroby. Oba te przypadki pouczają nas zarazem, jak choroba jest uporczywą i wolno przebiegającą; jak grzybek promieniczy może przez długi czas (przeszło 2 $^1/_2$ roku) tkwić w organizmie, prawdopodobnie w chorych zębach lub w szczęce, nie wywołując najmniejszych objawów chorobowych, ażeby znowu od czasu do czasu wywołać cały szereg charakterystycznych objawów. Przeciwnie stosunkowo długi przeciąg czasu (1 $^1/_2$ roku, 7 miesięcy), w którym chorzy po operacyi doszczętnéj dobrze się mają i żadnych śladów powrotu choroby nie zdradzają, dowodzi, że operacyją doszczętną można chorobę usunąć trwale. Jaki jest wynik ostateczny w przypadku Mojżesza R., w którym wykonano wprawdzie operacyją doszczętną, ranę opatrywano jednak kreoliną, nie mogłem się wywiedzieć.

A) *Dwa pierwsze przypadki promienicy szczękowéj*; [1]) *powrót choroby.*

Adolf Gębicz, 31 lat, dorożkarz ze Lwowa zgłosił się po raz pierwszy 9/1 1888 z objawami szczękościsku i promienicowym obrzękiem w okolicy lewéj strony szczęki dolnéj, który po przecięciu szybko ustąpił. D. 28/6 1889 to jest w półtrzecia roku po powstaniu pierwszych objawów promienicy zgłosił się ponownie. Przed tygodniem miał silny ból zębów dolnych trzonowych, przyczem równocześnie twarz obrzmiała. Od 2 dni ból w policzku lewym i ropień na szczęce po stronie lewéj. Wieczorem od 2 dni ma dreszcze. Badanie wykazało: silnie zbudowany, dobrze odżywiony, wargi jednak i dziąsła blade. Szczękę rozwierać może zaledwo na $^3/_4$ cm. oddalenia zębów siecznych od siebie. Zęby trzonowe dolne lewe wszystkie dotknięte próchnieniem prócz 1-go; wszystkie pozostałe zęby zdrowe (zaledwie 4) pokryte kamieniem winnym, czarne. Policzek lewy mocno obrzmiały, a tylną połowę wyrostka zębowego zajmuje ropień składający się z 2-ch wyniosłości przedzielonych rowkiem; skóra ropnia czerwono zabarwiona, ropień dokładnie chełbocze na przestrzeni wielkiego orzecha włoskiego; otoczenie ropnia deskowato twarde, osobliwie od tyłu; miejsce stwardnienia do 8 cm. długie, a 5 cm. szerokie, skóra w zakresie stwardnienia blada. Wyraz twarzy cierpiący. Nie ulegało prawie wątpliwości, że mieliśmy do czynienia z powrotem choroby promienicy.

Gdy chory na wykonanie operacyi doszczętnéj nie zgodził się, naciąłam dnia 28/6 1889 obie wyniosłości chełboczące, przyczem z dolnéj za poduszeniem wydalono około łyżkę stołową ropy gęstéj żółto-brunatnawéj mocno cuchnącéj; w ropie téj były zawieszone ciałka żółte zbitsze, mniejsze od maku. Takowe poddane dokładnemu badaniu drobnowidowemu okazywały kępki złożone z samych nici drzewkowato rozgałęziające się; pałeczek nigdzie nie można było dostrzedz. Dnia 29/6 rano powtórnie poddano ropę badaniu drobnowidowemu; wynik badania jak dnia poprzedniego. Rana zgoiła się w przeciągu tygodnia, pozostawiając płaskie wzniesienie na kości w zakresie blizny wielkości centa. Dotąd (kwiecień 1889 r.) nie ma powrotu choroby.

II. Józefa Gębiczowa, żona poprzedniego chorego zgłosiła się po raz pierwszy (jeszcze jako narzeczona) dnia 17/7 1887 z objawami szczękościsku i z ogniskiem promienicowem w okolicy lewéj strony szczęki dolnéj. Po raz wtóry zgłosiła się 27/9 1889, to jest po upływie przeszło 2 lat od czasu pierwszych objawów promienicy, podając, że przed miesiącem utworzył się w miejscu dawnéj blizny obrzęk wielkości grochu, który stopniowo wzrastał i poczerwieniał. Ząb choréj nie bolał; szczękę mogła ciągle dobrze rozwierać. Badanie wykazywało: w środku wyrostka zębowego lewego szczęki dolnéj znajdował się ropień wielkości centa o skórze różowo zabarwionéj, otoczony twardym wałem zapalnym (a szerokości talara. Ropień okazywał wyraźne chełbotanie i składał się z kilku wzgórków przedzielonych rowkami; jeden gruczoł chłonny w środku pod szczęką powiększony wielkości małego orzecha. W miejscu odpowiadającem ropniowi ząb spruchniały i obok niego mała przetoka, prowadząca do obnażonéj kości.

Chora zgodziła się tylko na otwarcie ropnia i wyjęcie chorego zęba. Dnia 27/9, 1889, przecięto obrzęk. Treść ropnia stanowiła ciecz śluzowa, ciągnąca się, przeźroczystawa, z którą wypłynęła spora ilość cytrynowo zabarwionych charakterystycznych grudek. Korzeń chory usunięto. Na korzeniu zębowym grudek żółtawych nie dostrzeżono. Ropień przecięty opatrzono antiseptycznie; na wyskrobanie nie zgodziła się.

Badanie drobnowidowe [1]) wykazało kolonie grzybka promienicowego odosobnione grzybki i charakterystyczne pałeczki Ranka zgoiła się w kilku dniach; dotąd (kwiecień 1889 r.) powrotu choroby niema.

B) *Nowe przypadki promienicy szczękowéj.*

III. Pani K., żona urzędnika kolejowego, 30 lat, cierpiała przed 10 laty na przetokę zębową po stronie prawéj twarzy, która po wyjęciu chorego zęba zgoiła się, pozostawiając bliznę nieznaczną wielkości soczewicy na prawym policzku. W miejscu odpowiadającem dawniéj bliźnie miała powstać przed 4 tygodniami wśród znacznego szczękościsku czerwono-sinawa plama i znaczne obrzmienie policzka nad wyrostkiem zębowym prawym szczęki dolnéj. Obrzmienie z dnia na dzień to powiększało się, to klęsło. Usta mogła chora przytem z trudnością otwierać tylko na odległość około $^1/_2$ cm. zębów siecznych od siebie. Dentysta, do którego się chora udała o poradę, usunął korzenie 2 ostatnich dolnych prawych zębów trzonowych, poczem policzek sklęsł, utrudnienie otwierania ust zmniejszyło się, jednak w miejscu wspomnianéj plamy powstał ropień. Chora zgłosiła się do mnie dnia 29 sierpnia 1888.

Na prawym policzku w środku wyrostka zębowego szczęki dolnéj znajdował się ropień chełboczący wielkości grochu o skórze ścieńczałéj zaczerwienionéj; na szczęce w zakresie ropnia nie można było wykazać żadnego obrzęku, brak wszystkich dolnych trzonowych zębów po stronie prawéj; inne zęby były zdrowe, narządy wewnętrzne nie okazywały nieprawidłowości. Chora ma bujny zarost na twarzy, dlatego goli się, albo wyrywa włosy kleszczykami. Na nacięcie ropnia chora się nie zgodziła, dlatego polecono jéj okłady z octanu glinowego. Dnia 31/8 zgłosiła się powtórnie; ropień nieco powiększył się mimo stosowania okładów przepisanych; zgodziła się na nacięcie.

Przy znieczuleniu kokainą ropień nacięto i wyskrobano jamkę łyżeczką Volkmanna. Treść stanowiła ciecz śluzowo-

[1]) Patrz „Przegląd Lekarski“, 1888, Nr. 12.

[1]) Wspólnie z Drem Wehrem.

ropna i bryłki cytrynowo-żółte wielkości ziarna maku budzące mocne podejrzenie promienicy. Jamkę przestrzykano 5% wodą karbolową i rozczynem sublimatu 1:1000; opatrunek jodoformowy. Badanie drobnowidowe wydalonych bryłek uskutecznione w 2 godziny po operacyi wspólnie z Drem Wehrem wykazało liczne odosobnione pałeczki, nadto pojedyncze grzybki promienicowe i gromadki tychże. Rana zgoiła się w przeciągu tygodnia, pozostawiając nieznaczną powierzchowną bliznę. Rozpoznano w tym przypadku już po wypróżnieniu ropnia na podstawie charakterystycznych grudek; badanie drobnowidowe upewniło nas w rozpoznaniu.

Chora ta mieszka w zdrowéj części miasta, nie styka się zupełnie z bydłem, nie odwiedza stajen, jednak w sąsiedztwie jéj mieszkania znajdują się stajnie dla koni i stogi siana. Ze względu na to położenie pomieszkania nasuwają się co do drogi wejścia grzybka do ustroju różne przypuszczenia. Grzybek mógł dostać się do ustroju choréj albo przez skórę twarzy, albo drogą ust przez ząb chory; przenośnikiem zaś jego do mieszkania mógł być prąd powietrza lub mucha. Dokładne badanie mieszkania na grzyb drzewny dało wynik ujemny. (Dok. nast.)

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. Bardenheuer: **Ciągła ekstenzyja. Podskórne, powikłane złamania i zwichnięcia kończyn i ich następstwa.** str. 810 z 216 rycinami w tekscie.

Obszerna praca składa się z dwóch części: ogólnéj obejmującéj str. 227 i szczegółowéj o 583 stronicach. W części ogólnéj już zaleca leczenie złamań i zwichnięć za pomocą ekstenzyi (wyciągania) w przeciwstawieniu do innych sposobów leczenia, występując najbardziéj przeciwko przyrządowi gipsowemu. Przyrządom ustalającym, a w szczególności gipsowemu zarzuca słusznie, że nie dozwalają na częściejsze oglądanie miejsca złamania, że przy nich nie można śledzić wytwarzającéj się zgorzeli lub zniekształtnienia, że wskutek nieruchomości następuje zanik mięśni (str. 83). Z tych powodów występuje przeciwko używaniu przyrządów gipsowych wogóle (str. 85) i zaleca tylko leczenie za pomocą ekstenzyi, któréj użyć można przy wszystkich złamaniach kończyn a nawet kręgosłupa (str. 90). Umożebnia to tym sposobem, że przylepiec zakłada nawet powyżéj miejsca złamania, nie tak jak się dotąd praktykowało, że się przylepiec zakłada tylko od miejsca złamania, daléj że z ekstenzyą podłużną tj. w kierunku osi długiéj łączy ekstenzyę poprzeczną i rotacyjną (*Quer- und Rotationsextension*) a w miarę potrzeby podważanie (*Abhebelung*). Do ekstenzyi używa z początku zaraz znacznych ciężarów, np. przy złamaniach uda 20—30 funtów. Wychodzi bowiem z tego założenia, że z początku opór mięśni jest największy, jakoteż wielka skłonność do dyslokacyi, czemu zapobiedz należy.

Ciągłą ekstenzyję zaleca również przy przerwaniu ścięgien; do przyrządów gipsowych ucieka się jednak w razie opóźnienia kostnienia (str. 184). (Potwierdzić to mogę z własnego doświadczenia. W przypadku złamania kości udowéj u mężczyzny 40-letniego była nieprawidłowa ruchomość mimo trzechmiesięcznéj ekstenzyi. Założyłem tedy przyrząd ustalający, sięgający od kostek aż do pachwiny i kazałem choremu przy pomocy kuli chodzić. W 6 tygodni późniéj nastąpił zrost kostny). W razie opóźnionego kostnienia radzi autor nadto pędzlowanie nastojem jodowym, wskutek czego następuje zapalenie sięgające aż do okostnéj (?).

W części szczegółowéj przechodzi kolejno zwichnięcia i złamania kończyn, podając sposób leczenia za pomocą ekstenzyi. Dla lepszego zrozumienia objaśnia rzecz licznemi rycinami (przeszło 200), uzmysławiającemi sposób zakładania opasek i kierunek siły wyciągającéj. Czy znajdzie wielu naśladowców, wątpić należy, zwłaszcza, że metoda ta komplikowanych przyrządów wymagająca nie nadaje się do praktyki prywatnéj a wprost jest niemożebnem, aby się wielu znalazło chorych, którzyby się zgodzili na unieruchomienie w łóżku przy złamaniu kości przedramienia, obojczyka a nawet palców. Sam autor to widocznie uznał, wymyślił bowiem już po wydrukowaniu swego dzieła przyrząd, w którym przy złamaniach kości sprychowéj sprężyna zastępuje ekstenzyję za pomocą ciężarków, przez co chory chodzić może i tylko 14 dni czasu do wyleczenia potrzebuje.

Podział dzieła na 1293 paragrafów czyni je dla czytającego nużącem a ciągłe powtarzanie, że ekstenzyja jedynie jest racyjonalną a przyrząd gipsowy nic nie wart, nudzi. Brak przytem zestawienia statystycznego wyników téj metody leczniczéj, a szkoda, bo jak autor sam powiada, ma obfity materyjał, bo rocznie przeszło 450 złamań kości długich. W ciągu lat sześciu przeto, przez które nad swą metodą pracował, cenny mógł uzbierać materyał. Przy złamaniach powikłanych razi, iż zaleca stosowanie niewolnicze przyrządu listerowskiego.

Chirurg z zawodu znajdzie w dziele tem wiele cennych uwag, jako podręcznik naukowy jednak nie nadaje się. Papier, druk i ryciny są dobre, stąd wygórowana cena dzieła (24 marek). *Dr. Bogdanik.*

Farmakologija.

Dr. L. Pernice (Halla): **O znieczulaniu kokainą.**

O wartości kokainy jako środka znieczulającego w przebiegu rękoczynów chirurgicznych zdania jeszcze nie są ustalone. Reclus, Wall i Orłow zachwalają ją entuzyjastycznie, bo przy jéj działaniu wykonywają nawet operacyje większe, jak n. p. herniotomije, kastracyje i t. d. Link zaś, Pedley i Hamel stosują ją rzadko, bo zupełne i dłuższe znieczulenie tylko dawki stanowczo trujące są w stanie wywołać. W drobnéj chirurgii kokaina stanowczo zajmuje dominujące stanowisko.

Chcąc przyczynić się po trosze do wyjaśnienia sprawy, ogłasza Pernice spostrzeżenia swoje z polikliniki prof. Obersta w Halli. Najmniejsze dawki, po których Seifert i Haenel zatrucia spostrzegali, były 0·10 podskórnie na raz wstrzyknięte. Zdarza się to jednak tylko u bezkrwistych dziewcząt lub chłopców. Wstrzykiwano nawet 0·50 na dawkę, często bezkarnie, często jednak wywoływano tym sposobem objawy groźnego zatrucia. Tak silnych dawek należy stanowczo unikać. Zatrucie poznajemy po przyspieszonem tętnie, nudnościach i wymiotach, biciu serca, drgawkach i uczuciu lęku. Dzisiaj używają w klinice w Halli powszechnie 1% rozczynu i wstrzykują według potrzeby do 5 strzykawek, (czyli 0·05 na dawkę. Jest to ilość zupełnie do całkowitego znieczulenia na czas 10 minut wystarczająca. Igłę należy wbijać w tkankę podskórną, a nie w samą skórę. Link i Wölfler mają zatem racyję twierdząc, iż wessanie kokainy, a zatem i znieczulenie, jest silniejsze przy głębszem wstrzyknięciu. Udaje się ono także lepiéj w tkankach bezkrwistych niż przekrwionych, dlatego opaska uciskowa Esmarcha, jeżeli możebne, winna być zawsze zakładaną. Opaska ta sprawia, iż płyn nie zostaje nagle wessany, dlatego też i większe dawki stosować możemy i dłuższe niż 10-minutowe rękoczyny wykonywać. Ujemną stroną nowego *anaestheticum* jest, iż w tkankach znajdujących się w stanie zapalenia wessanie jest niezupełne, a zatem i znieczulenie szwankuje. W tych przypadkach spray eterowy wyrugować się z zajmowanego stanowiska nie dał. Rozczyn kokainy szybko się rozkłada, a bakteryje bujnie w nim się rozrastają. Aby temu zapobiedz, najlepiéj jest dodać trochę słabego rozczynu sublimatu, lub kw. karbolowego. Także częste ogrzewanie, jako też zatykanie flaszeczki wyjałowionym i sublimatem przesiąkniętym korkiem z waty rozkład wstrzymuje. Do dłuższych operacyj kokaina się stanowczo nie nadaje i chloroformu zdaje się nigdy nie wyruguje. (*Deut. med. Woch.* 1890, Nr. 14).

Choroby nerwowe.

Prof. Mesnet (Paryż): **Autografizm.**

Prawie 10 lat temu jak Mesnet i Dujardin-Beaumetz obserwowali histeryczkę, któréj skóra ciekawe przedstawiała zmiany w dziedzinie przewodnictwa nerwowego. Bieluchna i delikatna skóra przedstawiała na całem ciele objawy kompletnego znieczulenia. Cierpiąca nie czuła nawet ubrania na sobie, nie mówiąc już o dotykaniu różnemi przedmiotami, uderzeniu lub szczypaniu. Nie umiała odróżnić także zimnego przedmiotu od gorącego. Za to najlżejszy dotyk tępą szpilką lub jakimkolwiek innym przedmiotem, nawet ucisk lekki przypadkowego fałdu koszuli wywoływał silne ograniczone zaczer-

wienienie i obrzmienie skóry na szerokość pióra gęsiego. Tym sposobem można było na powierzchni któréjkolwiek części ciała lekko poruszając patyczkiem lub szpilką tępą wywoływać kompletne rysunki, lub całe słowa albo zdania wypisywać. Zaczerwienienie znikało zazwyczaj po 2 lub 3 godzinach. Mesnet nazwał to szczególne cierpienie autografizmem. Od tego czasu spostrzegano w Paryżu kilka takich samych przypadków, a tyczyły się one zawsze osób histerycznych obojéj płci. Ostatniemi czasy widział Mesnet te same objawy występujące u osoby młodéj z połowiczem znieczuleniem skóry. Lewa strona jakby cyrklem odmierzył nie odczuwała żadnego dotyku, ani zmiany ciepłoty. Rzecz szczególna, że owe linije czerwone można było wywoływać nie tylko na znieczulonéj, ale i na zdrowéj części ciała.

Autografizm nie jest przejściową chorobą, ale trwa całe lata z niezmienionem nasileniem. Wystąpienie miesiączki lub jakikolwiek inny insult nerwowy jeszcze ją potęguje. Niektórzy autorowie nazywają tę ciekawą chorobę *urticaria artificialis*. Nie można zaprzeczyć, że tło anatomiczne tych dwóch cierpień jest jednakie, przyczynowość ich jednakowoż wielce się od siebie różni. Autografizm jest chorobą nerwową *sui generis*, a występujące zaczerwienienia i ich kształt od woli wywołującego je zależą.

Cierpienie to już i w wiekach średnich zdaje się było znane. Nieszczęśliwi, którzy na nie zapadali, stawali się ofiarami zabobonu tych przyjemnych czasów. Mikolaj Remy, żyjący we Francyi około r. 1595, wspomina o niem i przytacza, że biedaków tych, jak w ogóle na objawy histeryczne cierpiących posądzając o konszachty z djablem na stos skazywano. (*W. med. Bl.* 1890, Nr. 14). *Dr. Mendelsburg.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Posiedzenie sekcyi lwowskiéj z dnia 1 marca 1889.
Obecnych członków 30. Przewodniczący: kol. Bylicki.

1) Przewodniczący podaje do wiadomości pismo prezydenta miasta, udzielające pozwolenia na otwarcie zakładu krowiankowego Drowi Barańskiemu.

2) Kol. Ziembicki opowiada historyję choroby i zejścia śmiertelnego kobiety operowanéj w szpitalu w jego oddziele z powodu zwężlenia kiszek. Przy laparotomii wycięto spory kawał kiszki zdrowéj, szew Lemberta. Na drugi dzień temp. 37°, tętno 80 dobre. Po dwu dniach stan coraz lepszy, wogóle stan poprawy trwa dni 5. 5-go dnia mały płynny stolec. 6-go d. pogorszenie stanu ogólnego a nazajutrz rano chora śród rozwolnienia i zapadu umiera. Sekcyja wykazuje perforacyję wielkości talara w miejscu, gdzie kiszka za życia była uciśniętą. Szew założony nie pękł. W worku przepuklinowym litr kału. Ważny to przypadek dla praktyków, bo *in praxi privata* po operacyi jak najpomyślniejby rokowano a pomyłka byłaby fatalna; w dodatku dowód wymowny, że może istnieć litr kału w jamie otrzewnowéj nie wywołując przez czas dłuższy gorączki i objawów septycznych.

3) Kol. Świątkiewicz przedstawia chorą z *lichen ruber*. Przypadek ten będzie opisany.

Kol. Krówczyński: Na ostatnim kongresie dermatologicznym w Paryżu, który się odbył przed kilkoma miesiącami, rozprawiano obszerniéj nad gromadą zwaną *lichen*, a zarząd kongresu postawił dwa pytania do odpowiedzi; mianowicie: czy należy nazwę *lichen* zatrzymać za przykładem starszych dermatologów dla większéj liczby zboczeń skórnych, które dzisiejsza nauka uważa za różne choroby, i względnie, jakie zboczenia należy zaliczyć do gromady *lichen*. Z długiéj dyskusyi, w któréj zabierali głos najznakomitsi dermatologowie wszystkich narodów, wynikło, że dotąd istnieje zamięszanie pojęć, które wyczekuje koniecznéj reformy. Przypomniawszy opinie Kaposiego, który zalicza *pityriasis rubra* do gromady *lichen*, Hebry, nie podzielającego zapatrywań Kaposiego co do *pityriasis*, przytacza zapatrywania na tę sprawę Neumanna, Unny, Berniera, Vidala itd., dodając, że większość zebranych dermatologów przyznała, iż gromada *lichen* jest sztuczną. Jeśli w nadawaniu nazw kierować się będziemy względami anatomii i fizyjologii patologicznéj, jak tego żąda Hallopeaux, wówczas w gromadzie *lichen* pozostanie tylko *lichen accuminatus, ruber* i *planus*, których proces chorobowy rozgrywa się pierwotnie w warstwie brodawkowéj skóry. Kol. Krówczyński zakończył przemówienie ogólnemi uwagami o różnicy między *lichen accum.* a *planus*, z których pierwsza forma jest ostra, druga przewlekła. W pierwszéj rokowanie mniéj pomyślne, a leczenie uciążliwsze i trudniejsze.

4) Kol. Prus czyta swoją pracę o przypadkach *Neuritis disseminata* w przebiegu influenzy. Rzecz ma być drukowana.

W dyskusyi zabierają głos koll. Pisek, Kadyi, Jendl i Rosenbusch. *Dr. Jendl.*

Posiedzenie Towarzystwa lek. krakowskiego z dnia 5/2 1890.
Przewodniczący: kol. Mars. Członków obecnych 36, jako gość Dr. Karczewski z Kowanówka.

1) Kol. Krokiewicz (w miejsce słabego prof. Browicza) okazuje preparat ze skóry zmarłego, którego całe powłoki pokryte były b. licznemi włókniakami. Nowotwory te znajdowały się i w śródpiersiu przodkowem, sprowadzając wypuklenie ku przodowi mostka, okazującego na tylnéj ścianie płytkie ubytki.

W dyskusyi kol. Podgórski zawiadamia, iż chory ten leżał na oddziele prof. Pareńskiego, a za życia okazywał rodzaj torby skórnéj nasadą na mostku usadowionéj, ku dołowi i stronie prawéj zwisającéj, a w dziecięctwie wytworzonéj, ciążeniu więc tego tworu przypisuje powstanie zniekształtnienia mostka. Kol. Schaitter dołącza się do tego zapatrywania przypominając, iż temu choremu przed kilku laty prof. Bryk w temże miejscu taki fartuszek skórny wagi kilku funtów zabiegiem operacyjnym usunął. — Kol. Obaliński i Gluziński przypominają sobie chorego z lat ubiegłych, który już i w Towarzystwie był przedstawiony i radzą zestawienia pojedynczych opisów. — W dalszéj dyskusyi zabierali głos koll. Świątek, Krokiewicz i sprawozdawca.

2) Kol. Kaden Każmierz został jednogłośnie obrany członkiem Towarzystwa.

3) Kol. Surzycki przedstawia dwie chore z klin. prof. Korczyńskiego cierpiące na *gastrorrhoea acida*, a zestawiwszy literaturę odpowiednią omawia objawy, cechy i sposoby rozpoznawcze, jak i zabiegi terapeutyczne w klinice krak. stósowane.

W dyskusyi kol. Korczyński zauważa, iż w przemówieniu kol. Surzyckiego nie dość jasno zarysowowała się druga forma sokotoku (*gastrorrhoea symptomatica*) występująca np. przy *ulc. ventriculi*. — Kol. Gluziński zaznacza, że Rajchmanowi należy się pierwsza zasługa zwrócenia uwagi na badanie soku żołądkowego i wykazania zmian w takowym, a dodatkowo opisuje przypadek spostrzegany w r. z. przez siebie sokotoku żołądkowego okresowego. — W dalszéj dyskusyi zabierają głos koll. Korczyński, Gluziński i prelegent.

4) Kol. Rydygier przedstawia chorą lat 22 liczącą z całkowitym torbielem mlecznym sutka prawego. Podobne przypadki są bardzo rzadkie. — Kol. Obaliński przed kilku laty operował i opisał takiż przypadek. Prelegent opisuje swój plan operacyjny i robi punkcyję igiełką Pravaza, okazując treść cysty prawie czysto mleczną.

W dyskusyi przemawiali koll. Obaliński, Braun, Madurowicz, Bossowski, Mars i Cybulski.

Sekretarz: *Dr. Czesław Podgórski.*

V. Zakopane jako miejsce klimatyczne.

Napisał
Dr. Stanisław Ponikło.
Docent U. J. i c. k. lekarz powiatowy.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18).

VII. Ilość opadu atmosferycznego w milimetrach i stan zachmurzenia.

Następująca tablica przedstawia średnią ilość opadu atmosferycznego w milimetrach dla Krakowa, Zakopanego i Poronina (obliczoną z trzech lat). W uwadze podany jest dzień pierwszego i ostatniego śniegu w tymże przeciągu czasu.

Tabl. V.

Ilość opadu tedy jest w Zakopanem znacznie większą niż w Krakowie, a największą w miesiącu lipcu i sierpniu, najmniejszą w grudniu i lutym. W Krakowie równie miesiące letnie okazują największą ilość opadu atmosferycznego. Roczna ilość opadu według spostrzeżeń z lat objętych powyższą tablicą wynosił dla Krakowa 711·8 milim., dla Zakopa-

Tabl. V. Średnie miesięczne opadu atmosferycznego w milimetrach (z 3-ch lat).

	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Paździer.	Listopad	Grudzień	Pierwszy i ostatni śnieg
Kraków	28·5	38·6	51·6	61·8	83·8	74·2	91·8	89·5	62·8	51·4	43·2	34·6	1/10—20/5
Zakopane	70·8	36·6	66·5	61·9	121·2	114·6	178·9	137·9	64 9	62·3	55·3	46·0	16/9—9/5
Poronin	29·4	39·2	44·6	70·5	118·9	81·1	139·6	96·9	49·1	63·4	44·2	34·9	18/9—9/5

Tabl. VI. Średnie stany zachmurzenia (z 3 ch lat obliczone) dla Krakowa, Zakopanego i Poronina.

	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Paździer,	Listopad	Grudzień	Średni nocny stan.
Kraków	8·0	8·2	7·6	7·7	7·3	5·3	6·2	5·7	6·8	7·0	7 8	8·7	**7·2**
Zakopane	7·2	6·6	4·8	4·8	4·6	3·9	5·4	3·9	4·6	5·6	5·6	5·9	**5·2**
Poronin	7·1	7·7	7·4	7·2	6·8	5·5	6·8	5 3	5·5	6·8	6·3	6·6	**6 6**

Tabl. VII. Ilość dni pogodnych, półpogodnych i pochmurnych dla Krakowa, Zakopanego i Poronina (z 2 lat).

	Styczeń	Luty	Ma rzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Paździer.	Listopad	Grudzień	
Kraków	1	1	3	3	8	17	7	6	6	3	6	1	pogodne
	2	5	5	8	7	5	6	9	5	6	6	2	półpogodne
	28	22	23	19	16	8	18	16	19	22	18	28	pochmurne
Zakopane	5	6	11	15	21	20	10	22	11	16	18	10	pogodne
	7	6	7	7	1	5	10	6	14	5	2	4	półpogodne
	19	16	13	8	6	5	11	3	5	10	10	17	pochmurne
Poronin	3	3	5	6	8	15	8	9	8	5	13	4	pogodne
	3	1	8	5	6	7	5	8	4	7	1	6	półpogodne
	24	24	22	15	16	9	18	10	16	18	16	18	pochmurne

nego 1016 milim., dla Poronina 811·8 milim. Mimo to średnie stany zachmurzonego nieba wykazują dla Zakopanego cyfry znacznie niższe niż dla Krakowa, co następującą tablica objaśnia:

Tabl. VI.

Najniższy stan zachmurzenia przypada tedy w Zakopanem w czerwcu i sierpniu, najwyższy w styczniu. Zestawiając cyfry tablicy V-téj i VI-éj widzimy, iż mimo znaczniéjszéj ilości opadów atmosferycznych panuje w Zakopanem średni stan zachmurzenia mniejszy, co się tłomaczy tem, że deszcze nagłe powstają, obficie skrapiają powierzchnię ziemi, lecz zwykle krótko trwają. Wody meteoryczne licznemi strumykami i strumyczkami po twardym gruncie szybko spływają, nie wywołując w miejscach nieco otwartych nigdy dłużéj trwającego błota i parowania zbytniego.

Następująca tablica VII ma wykazuje ilość dni pogodnych, pochmurnych i półpogodnych w poszczególnych miesiącach lat 1877 i 1878 (przeciętnie).

Tabl. VII.

Tablica powyższa wykazuje, zwłaszcza w miesiącu czerwcu, lipcu i sierpniu znaczną ilość dni zupełnie pogodnych dla Zakopanego. Narzekania tedy, jakie od turystów krótki czas bawiących w Zakopanem czasem słyszeć się dają, są nieuzasadnione. Łatwo zrozumieć, że turysta, który tylko na krótki czas wybrał się do Zakopanego i przypadkowo natrafił na czas słotny, czuje się zawiedzionym w swych nadziejach i gani miejscowość, nie badając, jaki stan był równocześnie w nizinach. Niepodobna oczywiście, aby kontynentalno górski klimat Zakopanego mógł co do przeciętnéj pogody rywalizować z Rivierą lub Włochami, nie ustępuje atoli w téj mierze wielu uzdrowiskom alpejskim.

VIII. Czystość powietrza.

Powietrze w Zakopanem jest w ogóle czystsze, aniżeli w miejscach niżéj położonych, zawiera mniéj pyłu i z wszelkiem prawdopodobieństwem unosi znacznie mniejszą ilość drobnotworów, bądź zdrowiu obojętnych, bądź chorobotwórczych.

Pył powstały skutkiem rozcierania powierzchni dróg kamienistych i szutrowanych kamieniem twardym i ciężkim, granitem, gnejsem i wapieniem twardym, jako grubszy i gatunkowo cięższy, w lżejszéj atmosferze mało się unosi ponad powierzchnią ziemi; stąd tumany kurzu, jakie się unoszą po drogach w miejscowościach niższych, są rzeczą nieznaną w Zakopanem.

Brak zakładów przemysłowych siłą pary funkcyjonujących (papiernie w Kuźnicach są poruszane wyłącznie siłą wody), trudniejszy rozkład odpadków organicznych, bezpośrednie sąsiedztwo obszaru dzikiego, niezamieszkanego, z bardzo skąpą wegetacyją alpejską na przestrzeni 16 myryjametrów kwadrat. przyczyniają się również do czystości powietrza.

Badania bakteryjologiczne powietrza w Zakopanem, o ile mi wiadomo, dotąd przedsiębrane nie były, dlatego niemożebnem porównanie jakości bakteryjologicznéj powietrza w Zakopanem z powietrzem miejscowości niżéj położonych lub miast; lecz analogiczne badania w miejscowościach alpejskich Szwajcaryi dozwalają prawie z kategoryczną pewnością wnioskować, że powietrze Zakopańskie w ogóle jest uboższe w mikroby od miejsc niższych.

I tak już w r. 1862 Pasteur powiedział, że powietrze

na „Mer de Glace“ (lodowiec na stokach grupy Montblanc'u) było zupełnie wolne od wszelkich drobnotworów; w r. 1884 badanie 2000 litrów powietrza ponad lodowcem „Aletsch“ (3000 m. w Alpach berneńskich) wykazało obecność dwóch prątków, na przełęczy „col de Saint Thédule 3340 metrów (Monte Rosa), znaleziono w 3 metrach sześciennych powietrza jeden jedyny prątek, podczas gdy powietrze miasta Bern w Szwajcaryi okazało równocześnie tysiące bakteryj w jednym metrze sześciennym powietrza.

Miquele w r. 1883 wykazał w 1-nym metrze sześc. powietrza drobnoutworów

a) miejscowości na 2000—3000 m. ponad poziom morza	0
b) nad jeziorem „Thun“ (560 m.) . .	8
c) około hotelu nad brzegami tego jeziora	25
d) w pokoju tegoż hotelu	600
e) w parku Montsouris w Paryżu .	7600
f) na ulicy „Rivoli“ w Paryżu (jednéj z najczystszych)	55000

Powyższy wynik badań każe wnosić, że powietrze w miejscowości wyniesionéj na 800—1000 m. ponad poziom morza, posiadającéj nadto inne korzystne w téj mierze warunki, jak Zakopane, z pewnością jest znacznie uboższe w drobnotwory i daleko mniéj sprzyja rozwojowi takowych. Rozumie się samo przez się, że ciasne mieszkania góralskie miejscowéj ludności, przepełnione, niehygienicznie utrzymane i źle wentylowane, mogą zarówno jak w nizinach nagromadzić mniéj lub więcéj znaczną ilość drobnotworów wszelkiego rodzaju, mogą dozwolić na bujanie przewleczonych prątków chorobotwórczych, innemi słowy na zagnieżdżenie się chorób zakaźnych; lecz to się nie odnosi do hygienicznie budowanych i po większéj części tylko podczas sezonu zamieszkanych domów gościnnych.

W ogóle tedy powietrze w Zakopanem jest czystsze, względnie wolne od pyłu i ubogie w drobnotwory, zdrowiu nieobojętnę. Dzięki temu względnie aseptycznemu powietrzu gnicie istot organicznych odbywa się bardzo powolnie; przedmioty pozostawione n. p. w mieszkaniach na zimę w miejscach suchszych zupełnie nie pleśnieją; pokarmy, jak mięso, przechowują się w dobrym stanie przez kilka dni w lecie, nie ulegając rozkładowi. Czystość tę powietrza, stwierdzalną umiejętnie badaniem chemicznem i bakteryjologicznem stwierdzi każdy gość przybywszy do Zakopanego próbą własnych płuc, nie mogąc się do syta napoić tem czystem, lekkiem i jakby aromatycznem powietrzem. (C. d. n.)

Uwagi nad endemiją ospy w Warszawie.

Podał
Dr. Tymoteusz Stępniewski,
dyrektor Instytutu hodowli limf i szczepienia ospy w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18.)

Policzywszy ogólną liczbę zmarłych na ospę w rzeczonem dwunastoleciu, bez 1889 r., dowiadujemy się, że suma ta przechodzi cyfrę 6000 ofiar z ospy zmarłych, oprócz większéj jeszcze liczby kalek, pozostałych z rozgromu, a szczególniej rażonych ślepotą: rzesze ich tylko w małéj części przytulić się mogły do instytucyj filantropijnych specyjalnych; większość nieszczęśliwców wlecze żywot grobowy, gdzie może i jak może...

Rok ubiegły (1889) jest 1-szym rokiem wzmożenia się W Warszawie ospy, która pod koniec 1890 r. jeszcze nie wyrzekła ostatniego słowa.

Smutna opowieść tych dziejów daje się streścić tak: Przy względnéj ciszy zeszłego roku do 33-go tygodnia, czyli środkowych dni sierpnia, zabrała ospa 154 ofiar przy śmiertelności ze wszystkich innych chorób, wyrażonéj cyfrą zgonów 7,938; zatem do sierpnia ospa w roku zeszłym wywołała 52-gą część zejść śmiertelnych, zabierając tygodniowo po 4—8 ofiar. Znaczna to liczba, wyjątkowo tylko zapisywana w miastach wielkich, kontrolowanych statystycznie — zwyczajna jednak dla nas i wyrażająca względną ciszę. Cisza ta względna a raczéj wrzekoma chmurzyć się poczęła i niepokoić Warszawę od suteren do poddasz, zabierając odrazu w tygodniu 33 t. j. w środku sierpnia 19 ofiar. W tygodniach następnych, obniżając się wyjątkowo, rosła ta liczba statecznie, przekroczyła zatrważająco wysoką liczbę 50 zmarłych w tygodniu 41-ym (pierwsza połowa października). Do téj kulminacyjnéj chwili aż do początków grudnia po 30—50 ofiar tygodniowo padało. Popłoch zarysował się łzami rodzin, których ogniska nie doliczyły się ukochanych istot, i zwróceniem się rozsądnego zastępu obywateli do ciała lekarskiego z zapytaniem, co czynić należy? Odpowiedź brzmiała: zaszczepić niebawem nieszczepionych i zaszczepić powtórnie (rewakcynować) szczepionych dawniéj. Ztąd wyrósł ruch rewakcynacyjny. Szkoła i cech dały mu zachętę; żywioł biedny i ciemny, a więc bierny zachętę tę także zrozumiał, bo ułatwienie i propaganda podziałały nań aż z wysokości ambony. Rozległość akcyi rewakcynacyjnéj w 1889 r. pierwszy raz zamanifestowana w ten sposób na seryjo, dała skutek taki, że z zaszczepionych, bez względu na jakość reakcyi, nikt nie padł ofiarą ospy. Sądzę, że dopełniono w Warszawie około 30,000 szczepień (rewakcynacyj). Mój instytut dopełnił lub wydał około 16,000 szczepień. Od grudnia ospa zaczęła się zmniejszać. Wolno schodząc od 40, w tygodniu rozpoczynającym nowy rok (1890), zabrała ofiar 17, a przez styczeń, luty do marca r. b., trzyma się na falującym poziomie, dając po kilkunastu zmarłych; w tygodniu kończącym luty zmarło jeszcze na ospę 18, co nie przemawia na korzyść nadziei polepszenia w bardzo krótkim czasie.

Cyfry te pouczają, że stan ciągnąc się do końca lutego, przy zmarłych ogółem 7935 mieszkańcach Warszawy, wyraża się cyfrą zmarłych na ospę 738, czyli, że ospa, podczas natężenia powiększyła ogólną liczbę zmarłych o 10,5 częśc. Notujemy tutaj, że ruch stanowczo zwyżkowy chorobliwości i śmiertelności z ospy (sierpniowy) poprzedzony został szczególniejszem zjawiskiem, obserwowanem nietylko w Warszawie, ale i w wielu okolicach na prowincyi: druga połowa zwyczajnego, dorocznego sezonu szczepialnego, którą właśnie sierpień kończył, zaznaczyła się obniżeniem się ilościowem i jakościowem przyjmowania się szczepień ochronnych. Gdy zjawisko to dotknęło i szczepionych materyjałem z mego zakładu, natychmiast ograniczyłem eksploatacyję limf do minimum i po porozumieniu się z hodowcami sąsiednimi, wyjechałem za granicę, celem osobistego przekonania się, jak tam kwestyja stoi i przedsięwzięcia środków zaradczych. Sprawozdanie z téj podróży pomieściłem w „Medycynie“ i współcześnie z tem wedle planu przygotowanego w Niemczech — odnowiłem generacyję szczepianek drogą „retrowakcynacyi“. Nowe zebrania, sądziłem, że mi posłużą do szczepień zwykłych posezonowych, gdy tymczasem okazała się potrzeba eksploatacyję ich spotęgować, dla dopełnienia potrzeb, jakie wyrodziło omawiane wyżéj spotęgowanie ospy, które zaszkoczyło Warszawę prawie niespodziewanie. Tysiące szczepień pełniwszy silami rąk instytutu przy udziale kolegów uproszonych i studentów 5-go kursu medycyny — jestem w stanie powiedzieć, że gdy do wyjątków należały przypadki zapadania na ospę młodzieży przed 10-tym rokiem życia, prawidłowo i z przyjęciem szczepionéj w dziecięctwie — to za to, średnio — im starszy wiek, tem wyższy dawał procent zejść śmiertelnych lub dotkliwych zeszpeceń. Najwięcéj zawakcynowało się młodzieży szkolnéj od 10 do 20 lat życia i kobiet młodych do lat trzydziestu kilku. Kontrola przyjęć wykazała: z 10 szczepionych od 20—15 lat, 6 zyskiwało świadectwa prawidłowego przyjęcia po pierwszym razie zaszczepienia, a z pozostałych czworga młodzieży przyjmowało się szczepienie — po drugim lub trzecim razie połowie, a drugiéj połowie wydawanemi były świadectwa ewentualnéj odporności na ospę, jako nie oddziaływającym na żadne z trzechkrotnych szczepień, powtarzanych we 2—3 tygodni jedno po drugiem. U młodzieży dojrzewającéj i dojrzałéj po 15 tym roku życia, a następnie, u osób starszych, aż do lat kilkudziesięciu, wyższy postępowo procent dawały przyjęcia, tak dalece, że od 35—50 lat wieku procent przyjęć wyraził się cyfrą 91—93 na 100.

Bez względu na jesienną a następnie zimową porę roku, szczepieni po większéj części nie przerywali zwyczajnych, nawet zadomowych, zajęć. Pracownicy fabryk i warsztatów,

na chwilę szczepienia oderwani od roboty, wracali do niéj i w dalszym ciągu codziennie wykonywali ją. Po większéj jednak części w fabrykach szczepienia odbywały się wieczorami po skończonéj robocie; była to dogodność i dla samych tych zakładów i dla mego instytutu, o ile pomoc jego była potrzebną, a dzielne wsparcie nieśli mi w szczepieniu studenci 5-go kursu. Z wyżéj podanemi odsetkami przyjęć, uznanemi za prawidłowe, nierównolegle szły postacie tychże przyjęć co do cech porównawczych. Ogólny typ wejrzenia i cech, że tak powiem, klinicznych — reprezentował niestałość: reakcyje następowały po większéj częci w postaci grudki lub konglomeratu grudek na miejscach zaszczepionych, do postaci pęcherzyka z zawartością jasnoprzeźroczystą, następnie do postaci jego zwanéj krostą ospową z zawartością zmętnioną, żółtawą, z pępkiem poniżającym się lub takąż smużką, jeżeli krosta jest podłużną. Postacie te uważano za dowody przyjęcia zgodnie z zasadą przyjętą w Niemczech, Szwecyi, Danii i Anglii. Mieliśmy możebność przekonać się, że przy rewakcynacyjach grudka i pęcherzyk dowodzą już rzeczywiście przyjęcia a do przekonania tego doszliśmy drogą doświadczenia, a mianowicie: dziesiątki szczepień zwyczajnych lub autowakcynacyj, tak zwanych kontrolujących, dawały wypadki stałe ujemne, jeżeli szczepienie poprzednie wywołało grudkę lub pęcherzyki; nadto u $^1/_6$ części zaszczepionych spostrzegało się opóźnienie przyjęć, dochodzące aż do 3-ech tygodni a natomiast przyjęcia wcześniejsze należały do wyjątków. Pojawienia się ogólnéj, łagodnéj (nigdy spotęgowanéj) wysypki reakcyjnéj obserwowaliśmy kilkanaście przypadków a do obserwacyj najważniejszych liczymy te, które (było ich kilka) przeprowadziliśmy na osobach szczepionych po zarażeniu się już ospą naturalną. Zdarzały się bowiem przypadki, że w $1^1/_2$—3 dni po zaszczepieniu ochronnem występowała po ciele typowa wysypka ospy naturalnéj u osób szczepionych w stanie względnego zdrowia, t. j. przy objawach, niedozwalających jeszcze rozpoznać ospy. Niepewność ta nie stanowiła przeciwwskazania do szczepienia; nie pod wpływem myśli, że w organizm zarażony już wprowadzony pierwiastek zarażający analogiczny walczy o byt z zarazkiem pierwszym i wyczerpuje go, lecz pod wpływem faktów doświadczalnych decydowaliśmy się na szczepienie podejrzanych o zarażenie się już ospą. Wszystkie takie przypadki przebiegały łagodnie; upoważniają zatem do dania głosu na korzyść pożyteczności szczepienia ochronnego nawet po zarażeniu się ospą naturalną.

Do szczepień używaliśmy lancetów specyjalnych, z jednéj sztuki stali wyrabianych, a różnych od niemieckich tem, że przeciwległy koniec ostrza urobionym jest w łyżeczkowatą łopateczkę do zaczerpywania materyjału szczepialnego z odpowiednich zawieralników. Wyprobowawszy różne metody sterylizowania lancetów, ostatecznie trzymaliśmy się najprostszéj, t. j. metody sterylizowania przez oczyszczenie lancetu w gorącéj wodzie. (Dok. nast.)

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

(x) Ze względu, iż przydać się to może kolegom do wydania *mutatis mutandis* podobnych poleceń, podajemy uchwalone przez komisyję sanitarną krakowską do użytku mieszkańców Krakowa

Skazówki ochrony od suchot płucnych.

Z pomiędzy wszystkich chorób najgroźniejszą dla społeczeństwa jest gruźlica występująca u ludzi najpospoliciej w formie suchot płucnych. Wystarczy nadmienić, że umiera na nią rocznie w Niemczech 147000, w całej Europie więcéj niż milion ludzi. Kraków traci na nią rocznie więcéj niż 500 osób!

Nauka wykazała niewątpliwie, iż gruźlica jest chorobą zakaźną, polegającą na zagnieżdżaniu i mnożeniu się w ustroju ludzkim i zwierzęcym bardzo małych, ale nader licznych, osobnych pasorzytów roślinnych, znanych pod nazwą laseczników gruźliczych.

Suchoty płucne, t. j. najczęstsza i dla tego najgroźniejsza dla ludzkości forma gruźlicy, są przeto chorobą infekcyjną czyli zakaźną i zaraźliwą, która w sposobnych warunkach przenosi się z ludzi lub zwierząt nią dotkniętych pośrednio lub bezpośrednio na ludzi zdrowych i wywołuje w nich prędzéj lub późniéj tęż samą chorobę.

Wykazano, że najpospolitszym a przez to i najniebezpieczniejszym materyjałem, za pomocą którego szerzy się gruźlica, jest śluz (flegma) pochodzący z dróg oddechowych ludzi dotkniętych gruźlicą, a to nie śluz wilgotny, jak go organizm wydziela, ale śluz zaschły a następnie przez roztarcie rozpylony, którego bardzo drobne cząstki unoszące się w powietrzu zawierają w sobie laseczniki gruźlicze żywe, t. j. zdolne do rozmnażania się. Zabójcze te organizmy roślinne znajdują się w pokojach zajmowanych przez suchotników prawie na wszystkich przedmiotach, ścianach, podłodze i t. d.

Powietrze przez suchotników wydechane nie ma w sobie laseczników gruźliczych; samo więc przez się nie może dać powodu do zarażenia gruźlicą.

Dziedziczność suchót płucnych i gruźlicy nie jest udowodniona a jakkolwiek nie ma wątpliwości, że nierzadko całe rodziny wymierają na tę chorobę, to okoliczność ta tłumaczy się zarażaniem się jednych osób w rodzinie od drugich, mianowicie dzieci od rodziców za pośrednictwem śluzu, zwykle zawierającego w sobie bardzo wiele laseczników gruźliczych.

Jakkolwiek każdy człowiek może dostać gruźlicy, to według niewątpliwych postrzeżeń szczególną skłonność do téj choroby mają osoby słabowite osobliwie, te, u których z jakiegobądź powodu oddechanie jest płytkie.

Z tych uwag wypada, że od gruźlicy można się uchronić, jeżeli tylko zapobieży się dostaniu się do organizmu tych pasorzytów roślinnych, których wzrost i mnożenie się są właściwą przyczyną wymienionéj choroby.

W szczególności zatem:

1. Nie należy pożywać mięsa zwierząt gruźlicą dotkniętych.

W téj mierze mogą mieszkańcy Krakowa być spokojni o tyle, że władza miejska nie dopuszcza do konsumcyi mięsa zwierząt gruźlicą dotkniętych a w rzeźni miejskiéj bitych.

2. Nie należy pożywać mleka krów na gruźlicę chorujących.

Ponieważ gruźlica jest chorobą wśród bydła rogatego a mianowicie krów dosyć pospolitą, przeto należy albo mleko pobierać tylko z mleczarń dobrych, które przedstawiają rękojmie, że sprzedają mleko ze zwierząt zupełnie zdrowych, albo, co najbezpieczniéj, nie używać mleka i śmietanki inaczéj, jak tylko po przegotowaniu, przyczem nadmienia się, iż wrzenie przez 5 minut wystarcza zupełnie do zniszczenia laseczników właściwych gruźlicy a przez to odjęcia zupełnie mleku zdolności przenoszenia téj choroby ze zwierząt na ludzi.

3. W pokojach, w których przebywają osoby suchotami dotknięte, nie przechowywać, o ile można, pokarmów i napojów.

4. Nie należy dopuszczać, by chorzy śluz (flegmę) z dróg oddechowych wyrzucali w postaci plwocin na podłogę, posadzkę, dywany i t. d., ponieważ śluz na nich zasychający daje, jak już wyżéj powiedziano, powód do unoszenia się laseczników gruźliczych w powietrzu a przez to do szerzenia się gruźlicy.

Ponieważ nielekarze nie mogą wiedzieć, kto z cierpiących na choroby narządu oddechowego ma, może dopiero w początkach, suchoty płucne, zaleca się, aby wszystkie osoby wydające z dróg oddechowych flegmę oddawały ją do osobnych porcelanowych lub fajansowych spluwaczek z przykrywką, które po napełnieniu najlepiej do dołów kloacznych lub zlewów wypróżnić i wódą wrzącą wymyć należy.

Z przytoczonych powodów nie dobrze jest oddawać flegmę z dróg oddechowych do chustek, w których ona zasycha a następnie się rozpyla. Tam jednak, gdzie spluwaczki w pobliżu nie ma, jak w lokalach publicznych, w salach koncertowych, w szkole, w teatrze i t. d., nic pozostaje wszakże nic innego jak flegmę oddawać do chustek, które po przyjściu do domu nierozkładając należy schować osobno a następnie przed oddaniem do prania sparzyć wodą wrzącą.

5. W pokojach zajmowanych przez chorych na piersi należy sukna z podłóg, dywany, firanki a jeżeli można pościel i bieliznę chorego poddawać od czasu do czasu desinfekcyi w miejskim zakładzie desinfekcyjnym.

6. W razie śmierci suchotnika jest obowiązkiem po wyniesieniu zwłok z mieszkania bieliznę, pościel, suknie, dywany, firanki i t. d. oddać do desinfekcyi w miejskim zakładzie na Dajworze, ściany i sufit pokoju, w którym chory leżał, wytrzeć dobrze ośródką z chleba a okruszyny delikatnie zmiecione spalić. Meble drewniane winno się obetrzeć szmatami umaczanemi w 5%

kwasie karbolowym i tak również postąpić z podłogą lub posadzką, Jest rzeczą niesumienną sprzedawać rzeczy po suchotnikach. szczególniéj bieliznę, suknie i pościel nie poddawszy ich wprzódy desinfekcyi.

W celu zapobiegania powstawaniu suchót płucnych należy zołzy czyli skrofuły,, które są pewną formą gruźlicy, przeważnie w gruczołach limfatycznych usadowioną, leczyć zawczasu u dzieci i baczyć, aby dzieci wszystkie, osobliwie zaś skrofuliczne i pochodzące z rodziców suchotami nawiedzonych, używały dużo świeżego powietrza i ruchu w wolnéj przestrzeni i uczyły się gimnastyki, pływania i t. p. ćwiczeń fizycznych, które wzmacniając organizm wzmacniają także i narząd oddechowy i czynią go nie tak sposobnym do sadowienia się w nim laseczników gruźliczych a przez to powstawania suchót płucnych.

Jakkolwiek co do suchotników tylko desinfekcyja pościeli, bielizny i sukien w razie śmierci jest obowiązkowa, spodziewa się komisyja sanitarna po mieszkańcach Krakowa, iż w dobrze zrozumianym interesie własnym i osób sobie blizkich zastósują się zupełnie do powyższych rad i skazówek opartych na nauce i doświadczeniu a skierowanych jedynie do zmniejszenia téj wielkiéj plagi społecznéj, jaką są niewątpliwie suchoty płucne.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 8 maja 1890. Otrzymaliśmy pismo następujące:

Szanowna Redakcyjo! Na ostatniem posiedzeniu I. Zjazdu chirurgów polskich postanowiono Zjazd następny odbyć w lipcu i przedłużono czas trwania Zjazdu na trzy dni, ażeby dla braku czasu nie krępować dyskusyi przyczyniającéj się bez wątpienia najwięcéj do ożywienia Zjazdu i osiągnięcia rzeczywistych korzyści naukowych, bo porozumienia się wzajemnego w kwestyjach wątpliwych. Uniknie się w ten sposób zarazem nie miłéj konieczności, jaka się okazała na pierwszym Zjeździe, że niektóre bardzo ciekawe i pouczające wykłady nie zostały wygłoszone, inne zaledwie w najkrótszem streszczeniu podane.

Po porozumieniu się z członkami Wydziału oznaczyliśmy czas II. Zjazdu chirurgów polskich na 15, 16 i 17 lipca, zapraszając nań nietylko uczestników przeszłego Zjazdu, ale równie gorąco wszystkich Kolegów interesujących się chirurgią i jéj postępem.

Posiedzenia Zjazdu będą się odbywały podobnie jak w roku ubiegłym od 10—1 godz. przed poł. w klinice chirurgicznéj i od 2—4 godz. po poł. w auli uniwersyteckiéj: posiedzenia przedpołudniowe przeznaczone są na wykłady z demonstracyjami, popołudniowe na wykłady teoretyczne.

Pierwszego dnia Zjazdu odbędzie się od 8—10 godziny zwiedzanie kliniki chirurgicznéj, drugiego dnia w tymże czasie oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza, trzeciego dnia szpitala św. Ludwika.

Chorych przeznaczonych do demonstracyi przyjmie klinika chirurgiczna.

Dla szan. Kolegów chcących przedstawić nowe operacyje na trupie będzie wszystko odpowiednio przygotowane.

Równocześnie ze Zjazdem odbędzie się wystawa narzędzi i przyrządów chirurgicznych, proszę więc o nadsełanie nadających się okazów do kliniki chirurgicznéj.

Upraszam o jak najrychlejsze zgłaszanie wykładów i tematów nadających się do dyskusyi do sekretarza Zjazdu pana Docenta Dra Bossowskiego, żeby jak najodpowiedniéj przygotować porządek obrad. *Prof. L. Rydygier*,

przewodniczący Zjazdów chirurgicznych polskich.

(Dr. J. T.) **Z Rosyi:** W cesarstwie wychodzi obecnie 32 pism lekarskich: z tych 18 w Petersburgu, 4 w Moskwie, 10 na prowincyi. Czasopismo „Wojenno-Sanitarnoje Dieło“ z polecenia rządu przestało wychodzić, a redaktor radzca stanu Dr. Szmulewicz otrzymał dymisyję. Najstarszem pismem lekarskim były „Petersb. Wraczebnyja Wiedomosti“ powstałe w r. 1792—1794. Pierwszem pismem prywatnem był „Druh Zdrowja“, wydawany przez rodaka naszego Dra Grum-Grzymajłę, a które wychodziło przez 37 lat (od r. 1833). Obecnie najstarszem pismem rządowem jest „Wojenno Medicinskoj Żurnał“, wychodzący od lat 68, prywatnem zaś „Medicinskoje Obozrenje, wychodzące od lat 17. — Odznaczeni zostali: b. prosektor w szkole głównéj, obecnie lekarz korpuśny Pilcicki w Warszawie mianowany tajnym radzcą przy uwolnieniu ze służby; również mianowany radzcą tajnym okręgowy woj. lek. inspektor w Omsku Dr. Lewoniewski. Radzca stanu Dr. Gełtowski mianowany okręgowym w. l. inspektorem w Kijowie, a Dr. Leonard Zauściński takimże inspektorem w Odesie. — Zmarli: Bogucki, lekarz 8-go pułku strzelców, Ulicki, starszy lekarz kremenczugskiego pułku w Łowiczu, i Władysław Tymowski, wolno prakt. lekarz w Uszycy na Podolu. — Na miejsce Dra Ostrowskiego, który przeszedł w stan spoczynku, inspektorem lekarskim gubernii płockiéj mianowany został Dr. Zinowicz-Kaszczenko p. o. lekarza powiatu spaskiego w gub. tambowskiéj. Jestto pierwszy rosyjanin, mający zająć posadę inspektora lekarskiego w gubernijach król. Polskiego.

* W Cieplicach czeskich było dotąd gości 184.

* Dr. Urbino Pheitas, profesor Wydziału lek. w Oporto w Portugalii, aresztowany został, obwiniony o otrucie szwagra i kuzyna, celem uzyskania znacznego spadku.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Heidelberg.** Prof. Leber z Gietyngi mianowany tajnym radzcą i prof. okulistyki na miejscu Beckera. — **Wrocław.** Docent laryngologii Gottstein mianowany prof. nadzw.; docent Bartsch prof. nadzw. i kierownikiem zakładu dentystycznego, a Dr. Pfannenstiel habilitował się jako docent chirurgii. — **Gietynga.** Dr. Esser mianowany prof. honorowym weterynaryi. — **Monachijum.** Izba poselska zezwoliła na urządzenie 2-éj nadzw. profesury kliniki chorób wewn. i zakładu farmakologicznego. — **Berlin.** Docent Dr. Maks. Wolff mianowany profesorem nadzw. — **Petersburg.** Katedrę prof. Botkina otrzymał prof. warszawski Popow, a profesorem farmakognozyi wybrany został Dr. med. i chemii Przibytek.

* **Wiadomości osobowe.** Starszy lekarz sztabowy 2-éj kl. Dr. Roman Szeliga, kierownik szpitala wojskowego w Koszycach, przeniesiony został w tym samym charakterze do Krakowa. Lekarzami pułkowymi 2 éj kl. zamianowani lekarze starsi Drowie Jan Węgrzyński i Konrad Majewski.

Stopnie doktorów w. nauk lek. w Uniw. Jagiell. uzyskali pp. Wilhelm Kropaczek z Kamionki na Wołyniu, Roman Lenartowicz z Leżajska i Jan Andrzéj Siedlecki z Krakowa.

* **Nekrologija.** W Stokholmie umarł prof. Magnus Huss w 83 roku życia (urodzony dn. 22 października 1807, w roku 1834 uzyskał stopień doktora w Upsali, od r. 1846 zwyczajny prof. w zakładzie karolińskim, później był inspektorem tego zakładu, pierwszym lekarzem zakładu dla dzieci ks. Ludwiki, przewodniczącym Rady zdrowia i jeneralnym dyrektorem wszystkich szpitalów państwa. W r. 1857 otrzymał szlachectwo szwedzkie. Za dzieło o alkoholizmie otrzymał nagrodę Monthyona od Akademii paryskiéj. Ogłosił liczne cenne prace w dziedzinie higijeny i szpitalnéj). — Zmarli następnie: Wacław Blumental, lat 26 liczący, b. asystent prof. Kosińskiego w Warszawie i Władysław Cezary Borowitz, starszy lekarz wojskowy w Rawie; w Petersburgu umarł nagle b. prof. patologii ogólnéj tajny radzca Dr. Wiktor Besser w 65 roku życia, w Londynie prof. chirurgii w belgijskim Uniwersytecie w Lowanium Dr. Maks. Michaux, licząc lat 83.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 17: Elsenberga: Zołzy jako następstwo zaszczep. gruźlicy po obrzezaniu; — Dunina: Kilka uwag o tak zw. nerwicach traumatycznych (c. d.). — Ziemińskiego: O czerwonowidzeniu (c. d.). — W *Kron. Lek.* Nr. 4: Goldflama: O powrocie odruchów ścięgnistych w przebiegu wiądu rdzeniowego; Krajewskiego: O doraźnej pomocy przy zatrzymaniu moczu. — W *Zdrowiu* Nr. 55: Chełchowskiego: Przeszłość i stan obecny zakładu zdr. w Nałęczowie; Zawadzkiego: Ze zdrojowisk krajowych; Sieminskiego: O znaczeniu hig. rozpuszczonego we wodzie tlenu. — W *Medycynie* Nr 17: Dymnickiego: Sprawozdanie z Buska. — W *Wiad. Lek.* Nr. 2 i 3: Kowalskiego: Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w pochwie. — W *Gazecie Lek.* Nr. 18: Herynga i Jawdyńskiego: Przypadek uwięźnięcia kości u nasady języka; Dunina: Kilka uwag o tak zw. nerwicach traumatycznych (dok.); Ziemińskiego: O czerwonowidzeniu (dok.); — W *Medycynie* Nr. 18: Biegańskiego: Z kazuistyki chorób układu nerwowego.

Redakcyja otrzymała:

Dr. ROSENTAL: Afazyja i bezwład ogólny postępujący (odbitka z *Gaz. Lek.* 1890) in 8 vo str. 6. — Sprawozdanie Rady zawiadowczéj Towarzystwa lekarzy galicyjskich za rok 1889 we Lwowie 1890 in 8-vo str. 27. — Influenza von Prof. KUSNEZOW u. Dr. HERRMANN in Charkow, a. d. russischen bearb. v. Dr. J. V. Drozda in

Wien 1890 in 8 vo str. 105. — Dr. Eman. HASENFELD: Bericht ü. d. Badesaison 1889 in Franzensbad, Wien 1890, in 8-vo str. 24. — Prof. E. H. KISCH: Marienbad i. d. Saison 1889, Prag 1890, in 8-vo str. 15. — Działanie lecznicze wody źródła borowego przez Dra Jakóba ROSSERA; tłum. z angiel., Warszawa, 1890, in 12-o str. 32. — Dr. ERLENMAYER; Jackson'sche Epilepsie nach Influenza (odbitka z *Berl. klin. Woch.* 1890) in 8-vo str. 5

Sprostowanie. W rozprawie Dra Świąteckiego w Nrze 16, str. 1, szpalta 2, w. 15 od góry zamiast: ciało, ma być ciał, a w Nrze 17 str. 222, szpalta 2, wiersz 15 od dołu zamiast: ginące osocze, ma być: ginące protoplazma.

Do Nru dzisiejszego dołącza się prospekt zakładu wodoleczniczego Dra Kołączkowskiego w Szczawnicy.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 17 Maja 1890. Nr. 20.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

I. O przeroście opon rdzenia.

Odczyt miany na zjeździe internistów we Wiedniu d. 17-go kwietnia 1890 r.

Przez

prof. Dra A. Adamkiewicza.

(Dok. Patrz Nr. 19).

Wreszcie można jeszcze było skonstatować wyraźny zanik jąder n. podjęzykowego i dużych komórek zwojowych rogów przednich w dolnym rdzeniu szyjnym i górnym rdzeniu piersiowym, również mierny zanik włókien nerwowych przedniej komisury i przednich korzeni, jako też włókien nerwowych w bocznych sznurach tylnych rdzenia piersiowego i górnego rdzenia lędźwiowego.

Jeśli teraz w krótkości zbierzemy zmiany, jakie przedstawiał rdzeń chory, to widzimy w nim rzeczywiście następujący klasyczny szereg: Ucisk, zapalenie, rozmiękczenie, schorzenie systemów i bujanie neuroglii.

A teraz zachodzi pytanie, czy zmiany te i w naszym zypadku można odnieść do owego stosunku, jaki ma istnieć między niemi według dotychczasowéj nauki.

Według niéj ucisk błon zgrubiałych ma wywołać zapalenie rdzenia, które sprowadza rozmiękczenie, a rozmiękczenie ma wywołać przecięcie rdzenia, które znów sprowadza chorobę systemów jako zwyrodnienie następowe.

Nasz przypadek nie popiera tych przestarzałych dedukcyj w żadnym względzie. Dawna nauka, która przypuszczała, że ucisk rdzenia musi sprowadzić zamknięcie naczyń, a ztąd zaburzenia w krążeniu, zapalenie, nekrozę i rozpad uciśniętéj tkanki, polegała na założeniu, że tkanka nerwowa jest „nieściśliwą“, ponieważ zawiera znaczną ilość wody, a ta jest nieściśliwą. Już w dawniejszych pracach wykazałem błąd fizyczny tego przypuszczenia, gdyż doświadczalnie i klinicznie udowodniłem, że tkanka nerwowa w wysokim stopniu wytrzymuje ucisk, że się do niego akomoduje, że następuje „kondensacyja“ téj tkanki, ale nie zaburzenia w krążeniu.

Ta kondensacyja składników nerwowych nie wywołuje żadnych zaburzeń w czynności ugniecionych składników, jak to wykazują doświadczenie i obserwacyje kliniczne. I tak w naszym przypadku w miejscu tak znacznego ucisku nie widzimy nic więcéj, jak tylko kondensacyję, nic coby przemawiało za jakąś sprawą chorobową, ani zapalenia, ani rozmiękczenia, ani rozpadu. I dlatego funkcyja téj części uciśniętéj nie była upośledzoną. Albowiem sploty ramieniowe, które wyszły z miejsc uciśniętych, nie okazywały u naszego chorego żadnych zboczeń w czynności aż do końca życia.

Jak mało w ogóle „ucisk“ ma do czynienia z zapaleniem i rozmiękczeniem, dowodzi nasz przypadek tem wybitniéj, o ile zapalenie i największe ognisko rozmiękczenia znajdowały się właśnie w tych częściach rdzenia, gdzie nie mogło być mowy o ucisku zgrubiałych opon, — w dolnym rdzeniu piersiowym i górnym lędźwiowym.

Jeśli nam więc brakuje członków średnich w łańcuchu przyczyn, za pomocą których „ucisk“ w *pachymeningitis* w końcu wywołać ma zwyrodnienia wtórorzędne, to i przypuszczenie musi być błędnem, że te ostatnie mają w ucisku swą przyczynę.

Krótko mówiąc badanie nasze wykazuje, że ucisk, zapalenie, rozmiękczenie, rozpad i choroby systemów nie powstają w *pachymeningitis* po sobie, ale obok siebie i jest teraz naszem zadaniem wykazać źródła dla tych różnorodnych zmian *pachymeningitis.*

Dziś każdy na to się zgodzi, że zapalenie i rozmiękczenie muszą raczéj być przyrody infekcyjnéj, niż urazowéj. W *pachymeningitis* zaś nie trzeba daleko szukać jadu infekcyjnego, gdyż zawsze przyczyną jéj jest albo gruźlica, albo kiła. Gdziekolwiek zagnieżdżą się produkty infekcyi, tam łatwo przychodzi do zapalenia, a przy infekcyi gruźliczéj do rozmiękczenia i rozpadu.

Tak więc okazuje się, że nie ucisk, jak to twierdzi nauka dawna, wywoluje zapalenie, rozmiękczenie i rozpad w pachymeningitycznym rdzeniu, lecz ta sama infekcyja, która wywołuje samą *pachymeningitis.*

A ponieważ zależy jedynie od przypadku, w jakiem miejscu i w jakiéj rozciągłości zapalenie rdzenia i ogniska rozmiękczenia w chorym rdzeniu się tworzą, a jak np. w na-

szym przypadku, ognisko rozmiękczenia większéj rozległości w ogóle, zwłaszcza w miejscu ucisku zupełnie, przyczem jak w naszym przypadku istnieje zwyrodnienie dróg pyramidalnych; to z tego wszystkiego wynika, że i zwyrodnienie dróg pyramidalnych w rdzeniu zajętym przez *pachymeningitis* musi mieć swoje odrębne powody i nie może być zależnym ani od ucisku, ani od zapalenia, ani od rozmiękczenia rdzenia, jak to chce nauka dotychczasowa.

Co się tyczy przyrody właściwéj tego zwyrodnienia pyramid, to nasz przypadek daje na to jasną i ciekawą odpowiedź. Przedewszystkiem uczy, że nie mamy tu do czynienia ze zwyrodnieniem wtórorzędnem. Zwyrodnienia wtórorzędne przebiegają równocześnie w kierunku wstępującym w sznurach Golla i w kierunku zstępującym w drogach pyramidalnych przednich i bocznych, a nie zajmują komórek zwojowych w rogach przednich.

W naszym zaś przypadku wprost przeciwnie, sznury Golla były nienaruszone, a z dróg pyramidalnych tylko boczne były zajęte, a komórki zwojowe rogów przednich bardzo wyraźnie zanikłe.

To nie są zmiany zwyrodnienia następowego, lecz podstawy anatomiczne innéj ciężkiéj choroby rdzenia, choroby, która się objawia zanikami mięśni i albo rozpoczyna się objawami porażenia opuszkowego, albo temi objawami się kończy. Jest to t. zw. *Sclerosis laterrlis amyotrophica.* Że w naszym przypadku tylko o téj chorobie, a nie o zwyrodnieniu następowem może być mowa, świadczy jeszcze zajęcie, jakkolwiek nieznaczne, jąder nerwu podjęzykowego. Teraz pozostaje jeszcze wytłomaczyć, jak ta *sklerosis lateralis amyotrophica* w *pachymeningitis* się rozwija.

Łatwo znajdziemy odpowiedź na to pytanie, jeśli sobie przypomnimy, w jakim stosunku *pachymeningitis* pozostaje do naczyń rdzeniu.

Tkanka łączna bujająca z zgrubiałych opon wrasta, jak widzieliśmy na drodze naczyń do istoty rdzenia, sprawia stwardnienie tychże i ich obszarów odżywczych i w tychże ostatnich niszczy tkankę nerwową. W obszarze naczyń Vasocorona, które wszystkie przebiegają przez istotę białą, tkanka ta jest identyczną z tkanką nerwową istoty białéj. Obszarem zaś, który jest odżywiony przez *art. sulci*, jest istota szara, szczególnie rogów przednich i w niéj zawartych komdrek zwojowych.

Jak widzieliśmy i *art. sulci* była stwardniałą. Jak więc stwardnienie i tworzenie się zawałów w zakresie naczyń *Vasocoronae* niszczą włókna nerwowe istoty białéj, tak zawał *art. sulci* koniecznie zniszczyć musi komórki zwojowe rogów przednich. A ponieważ znowu te są troficznemi ośrodkami dla przednich korzeni nerwowych i nerwów dróg pyramidalnych, więc łatwo tłomaczą się wewnętrzne zmiany rdzenia szczególnie *Sclerosis lateralis amyotrophica* chorobą *art. sulci.*

W ten sposób dochodzimy do następujących wniosków: Ucisk rdzenia przerosłemi i zgrubiałemi oponami nie jest podstawą ciężkich zmian rdzenia, lecz sprawą w zasadzie zupełnie dla rdzenia obojętną. Zapalenie i rozmiękczenie rdzenia nie pozostają z uciskiem w żadnym przyczynowym związku, lecz są tylko następstwem zakażenia, podobnie jak i *pachymeningitis* jest następstwem zakażenia.

Natomiast najważniejszemi zmianami, które *pachymeningitis* wprost wywołuje w rdzeniu są infarkty chroniczne naczyń, które na drodze naczyń *Vasocorona* niszczą istotę białą, a na drodze *art. sulci* istotę szarą z komórkami zwojowemi rogów przednich.

A teraz należy nam zastanowić się nad tem, w jakim stosunku stoją te zmiany rdzenia do objawów klinicznych, jakie wywołuje *pachymeningitis.* Przedewszystkiem zachodzi pytanie, czy jak Charcot sądzi, zwyrodnienie dróg pyramidalnych jest główną przyczyną objawów klinicznych, czy jak Leyden twierdzi, chroniczne zapalenie rdzenia, więc nasz infarkt. O ile nasz przypadek może tę sprawę rozstrzygnąć, to zwyrodnienie dróg pyramidalnych nie mogło mieć wielkiego wpływu na obraz choroby, gdyż nie mówiąc już o tem, że w ogóle obraz chorobowy nie wyglądał na *Sclerosis laieralis*, gdyż przykurczenia mięśni, zaniki, porażenia pęcherza i odbytnicy nie należą do objawów tejże, to zmiany w drogach pyramidalnych były w ogóle za małe, ażeby mogły wywołać takie zaburzenia, jakie nasz chory przedstawiał.

Ponieważ także małe ogniska *myelitis* i rozmiękczenia nie można uważać za przyczynę ciężkich porażeń u naszego chorego, więc wszystko przemawia za tem, że *myelitis chronica*, więc infarkt rdzenia, należy uważać za główną przyczynę objawów klinicznych *pachymeningitis.* A wniosek ten znajduje jeszcze potwierdzenie w dwóch właściwościach objawów klinicznych *pachymeningitis*, a mianowicie w tem, że obraz *pachymeningitis* nie jest stały, a powtóre, że *pachymeningiiis* ze szczególnem zamiłowaniem zajmuje różne grupy komórek zwojowych, szczególniéj rdzenia przedłużonego. Co się tyczy niestałości objawów, to ona znajduje swe wytłomaczenie w tem, że sieć naczyń rdzenia jest nadzwyczaj obfitą i że przyroda choroby jest infekcyjną. Usadowienie się zaś choroby zależy od przypadku, czy jad infekcjny bliżéj, czy daléj naczyniami, które w rdzeniu tak obfite tworzą komunikacyje, zostaje rozniesionym. Co się tyczy drugiéj okoliczności, że w *pachymeningitis* zajęte są komórki zwojowe, to tłomaczy się ten objaw tem, że buja w *pachymeningitis* tkanka łączna około naczyń, a każda grupa komórek zwojowych posiada odrębne naczynie [1]).

A teraz przeciwstawmy te wyniki anatomiczne wynikom, jakie otrzymałem za pomocą barwienia safraniną przy badaniu najważniejszych „chorób degeneracyjnych“ [2]) rdzenia pacierzowego, to dojdziemy do ważnych wniosków. Wszystkie zwyrodnienia rdzenia rozpoczynają się w nerwach i albo występują pierwszorzędnie, jak w t. z. „stwardnieniu ogniskowem“, albo wtórorzędne, jak w t. zw. „chorobach systemów.“

Obie te formy wystąpić mogą także jako forma mięszana i do tych form mięszanych należy nie tylko *tabes* w wielu przypadkach, lecz jeszcze przedewszystkiem owa choroba, którą nazwano „zwyrodnieniem skombinowanem“ i które jest główną podstawą tak zw. *Ataxia hereditaria* czyli choroby Friedreicha.

Wszyscy uczeni, którzy mieli sposobność badać tę chorobę anatomicznie, znaleźli, że polega na zwyrodnieniach sznurów tylnych i bocznych. Zwyrodnienia sznurów tylnych okazały się we wszystkich przypadkach analogiczne ze zwyrodnieniami *tabes.* Zwyrodnienia zaś sznurów bocznych występowały w tak różnorodnéj formie, że prawie każdy autor inaczéj je tłumaczył. Ale te tłumaczenia, jak to wykazał Westphal, nie wytrzymują ściślejszéj krytyki. Westphal

[1]) Adamkiewicz. Tętnice rdzenia przedłużonego. Pamiętniki Akad. Umiej. Wied. 1890. — [2]) Adamkiewicz: *Die degenerativen Krankheiten des Rückenmarkes*, Stuttgart 1889. Enke.

wskazując, że w sznurach bocznych wyradza się tylko brzeg w większéj lub mniejszéj objętości, degeneracyję tę brzeżną uważał albo za pewną grupę włókien nerwowych, albo za pewne ułożenie tkanki łącznéj lub naczyń.

Do zbadania téj hypotezy służyło mi barwienie safraniną chorych rdzeni, a z drugiéj strony zbadanie przebiegu naczyń rdzenia. I jak histologiczne dokładniejsze zbadanie chorego brzegu rdzenia dostarczyło dowodu, że w takowym nerwy pierwszorzędnie ulegają chorobie i niszczeją, to z drugiéj strony znajomość przebiegu naczyń rdzenia wykazała, że nie istnieje żaden obszar odżywczy naczyniowy w brzegu rdzenia, i wogóle nie ma ten brzeg nic wspólnego z tkanką łączną lub naczyniami.

W odczycie, który miałem w przedostatnim VII Zjeździe dla medycyny wewnętrznéj o zwyrodnieniu skombinowanem zwróciłem na to uwagę, że według faktów przezemnie skonstatowanych co do przebiegu naczyń w rdzeniu należy rozróżnić dwie kategoryje obszarów naczyniowych w rdzeniu, jeden okrągły środkowy odpowiadający *art. sulci*, i obszary obwodowe kształtu mniéj lub więcéj klinów, które promienisto końcami zwrócone ku środkowi przebiegają przez istotę białą ku szaréj. Uważam za jeden z najważniejszych wyników téj pracy tę okoliczność, że wykazała rzeczywiste istnienie tych obszarów naczyniowych w postaci opisanych powyżéj infarktów.

II. Przyczynek do nauki o promienicy.

Dziewięć przypadków promienicy ludzkiéj

podał

Dr. Roman Barącz,

operator we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 19).

IV. Władysław B., 20 lat, czeladnik kominiarski ze Lwowa. Od dwóch tygodni z powodu obrzęku prawego policzka i bólu musiał zaniechać służby. Przed 7 miesiącami miał według podania czyrak na twarzy, który pękł i wnet zgoił się. W tydzień po zgojeniu się czyraka zaczął doznawać rwącego bólu w miejscu ostatnich zębów trzonowych dolnych prawych; wtedy nie mógł prawie zupełnie szczęki rozwierać i jeść stałych pokarmów. W dwa tygodnie potem miał mieć ropień na dziąsłach przed ostatniemi zębami trzonowemi dolnemi po stronie prawéj. Po przecięciu tegoż we wrześniu 1888 roku twarz obrzmiała, ból rwący wzmógł się i szczęk wcale otwierać nie mógł. Następnie za ostatnim zębem trzonowym utworzyć się miał ropień, który pękł po stosowaniu kataplazmów od zewnątrz. Potem czuł się zdrowym przez 2 miesiące: listopad i grudzień 1888. Po Bożem Narodzeniu tegoż roku twarz ponownie obrzmiała w tem samem miejscu (okolica ostatnich zębów trzonowych) i usta bardzo mało mógł otwierać; późniéj przez trzy tygodnie czuł się znów zdrowym. Z początkiem lutego 1889 r. zgłosił się do lecznicy powszechnéj bezpłatnéj z ropniem na błonie śluzowéj policzka w okolicy tylnych dolnych zębów trzonowych prawych; przytem miał nieznaczny szczękościsk. Przecięcie ropnia; ranka po płukaniu nadmanganezianem potasowym szybko zgoiła się; po zgojeniu ropnia czuł się zupełnie zdrowym i mógł szczękę lepiéj otwierać.

Dnia 5 marca 1889 r. zgłosił się ponownie do lecznicy z obrzękiem prawego policzka i nieznacznem utrudnieniem otwierania ust. Podejrzywano zrazu *parotitis epidemica*; stosowanie okładów z octanu glinowego. Przemijające polepszenie; poczem zaczął doznawać ponownie rwącego bólu w uchu i policzku prawym tak znacznego, że w nocy sypiać nie mógł. Badanie 21/3 uskutecznione wykazało: zęby trzonowe dolne i wszystkie zęby wogóle zdrowe; ząb ostatni trzonowy dolny prawy (mądrości) przebija się dopiero i tylko zgłębnikiem wymacać się daje; lewy do połowy wykłuty, górnych zębów mądrości jeszcze niema. Na policzku mocno obrzmiałym chełbotanie na przestrzeni 4 centów w okolicy kąta szczęki dolnéj. Ropień ten 21/3 nacięto, wystrzykano 5% karbolem i wytamponowano gazą jodoformową.

Dnia 22/3 chory ma się znacznie lepiéj; bólów niema, nie gorączkuje. Badanie uskutecznione zgłębnikiem wykazuje obnażenie prawie całéj zewnętrznéj powierzchni i brzegu prawego wyrostka zębowego i stawowego szczęki dolnéj, zgłębnik wchodzi przytem 8 cm. głęboko poza wyrostek stawowy. Ropień wyciśnięto i wypróżniono; z treścią śluzową tegoż wydobyło się kilka grudek wielkości maku szaro-żółtych, podejrzanych. Wydzieliny ropnéj w opatrunku skąpa ilość; przestrzykanie rany i wytamponowanie jakp oprzednio.

Badanie drobnowidowe wypróżnionych grudek wykazało znaczną ilość grzybków promienicowych ułożonych w kępkach; również odosobnione grzybki i pałeczki.

Dnia 26/3 policzek bardziéj obrzmiały; koło 3 do 4 cm. ku przodowi i górze od miejsca cięcia skóra zaczerwieniona, a w głębi można wyczuć w tem miejscu chełbotanie. Opatrunek z octanu glinowego.

Dnia 28/3 powiększenie się obrzęku policzka: takowy sięga ku górze do łuku jarzmowego, ku przodowi prawie do skrzydła nosowego, ku tyłowi do tylnego brzegu ramienia wstępującego szczęki dolnéj, ku dołowi do połowy mięśnia mostko-obojczyko sutkowego. Górna połowa tego mięśnia deskowato twarda, naciekła, skóra szyi i policzka blada, tylko w miejscu nowego ropnia zaczerwieniona.

Dnia 30/3 obrzęk powiększył się ku tyłowi do tylnego brzegu wyrostka sutkowego; inne granice te same. Chełbotanie w głębi w miejscu cięć na znaczniejszéj przestrzeni [1]).

Operacyję doszczętną wykonano 31 marca 1889 roku w narkozie chloroformowéj: oba ogniska (na twarzy i szyi) nacięto długiemi cięciami pionowemi, wyłyżeczkowano dokładnie aż do części zdrowych, również wyłyżeczkowano obnażoną kość; rany wystrzykano karbolem i wytamponowano gazą jodoformową. Ropę, krew i granulacyje skrzętnie zebrano do badania drobnowidowego; badanie to stwierdziły kolonije grzybka promienicowego.

Zmiana opatrunku co 3—4 dni; zmniejszenie się obrzęku najpierw na szyi, a poźniéj na twarzy. Ponieważ chory od czasu operacyi kaszlał i stał się więcéj niedokrewnym, zbadano kilkakrotnie plwociny; wynik badania był ujemny [2]).

Przy zmianie opatrunku 11/5 rana dolna zabliźniona; w ranę górną daje się zgłębnik wprowadzić na ½ cm. w głąb; obnażenia kości zupełnie wyczuć nie można. Za tylnym górnym brzegiem blizny na szyi znajduje się ropień wielkości małego orzecha laskowego; sinawo zabarwiony, chełboczący. Ropień ten otwarto i za pociśnięciem wypłynęło kilka grudek wielkości małego maku cytrynowo żółto zabarwionych i nieco krwi. Wyłyżeczkowano ropień i wytamponowano. Badanie ziarn cytrynowo-zabarwionych wykazuje znowu grzybki promienicowe. Wygojenie po 2 opatrunkach. Badanie 25/3 1890: zupełnie zdrów.

V. Mojżesz R., z Chodorowa, poganiacz bydła, 13 lat. Choroba rozpoczęła się przed 7 tygodniami od bólu zęba trzonowego dolnego po stronie lewéj. Wkrótce potem powstać miał obrzęk wielkości grochu na szczęce dolnéj po stronie lewéj, wolno wzrastający. Chory bólu w obrzęku tym niedoznawał.

Badanie 13/5 1888 r. uskutecznione wykazywało: chłopiec niedokrewny, blady, miernie zbudowany, licho odżywiony; wargi i błona śluzowa ust blade. Na zewnętrznéj powierzchni szczęki dolnéj po stronie lewéj znajduje się płaski obrzęk sinawo-zabarwiony o powierzchni falistéj, przebiegający wzdłuż wyrostka zębowego około 7 cm. długi, a 3 do 4 cm. szeroki wyraźnie chełboczący. Brzegi obrzęku tego są deskowato twarde i przesunąć się na szczęce nie dają. Nieco ku przodowi od powyższego obrzęku znajduje się drugi podobny wielkości orzecha laskowego wyraźnie chełboczący. Wielce podejrzywając promienicę, naciąłem (górny) tylny

[1]) Tegoż dnia przedstawiono na posiedzeniu naukowem Towarzystwa lekarskiego i demonstrowano grzybki z niego pod drobnowidem. — [2]) Dnia 13/4 przedstawiono chorego na posiedzeniu naukowem Towarzystwa lekarskiego jako będącego na wyleczeniu.

obrzęk powierzchownie i wydusiłem nieco treści. Takową stanowiła brudno-czerwono zabarwiona ropa z przymieszką cytrynowych grudek wielkości ziarna maku i drobniejszych. Teraz prawie nie miałem wątpliwości, że mam do czynienia z promienicą. Zęby badane dokładnie okazały się zdrowemi z wyjątkiem spruchniałego drugiego lewego dolnego trzonowego. Chory dał się operować gdzieindziéj; ropień nacięto i wyłyżeczkowano; ząb chory usunięto, na zębie nie można było stwierdzić grzybków promienicowych. Dalszy los tego chorego jest mi nieznany.

VI. Estera W., lat 18, z Buczacza, zgłosiła się do mnie 8/6 1889 r. Przed 3 miesiącami miała silne bóle zęba trzonowego po stronie lewéj, poczem po wyjęciu tegoż zęba policzek lewy obrzmiał, późniéj sklęsł i znowu obrzmiewał. Przed 2 tygodniami policzek stwardniał, a przed 8 dniami utworzył się na policzku tym ropień wielkości grochu, wzrastający. Od 8 dni szczęk dobrze rozwierać nie może.

Badanie: dobrze zbudowana i odżywiona, wysokiego wzrostu, o cerze skóry zdrowéj. Policzek lewy w całości obrzmiały osobliwie na łuku jarzmowym. W środku pomiędzy kątem lewym ust, a uchem znajduje się obrzęk sinawo-czerwony o powierzchni falistéj wielkości orzecha laskowego chełboczący; otoczenie obrzęku tego jest również zaczerwienione na przestrzeni talara. Dokoła tego miejsca czerwonego wyczuć się daje wał deskowato twardy w średnicy 6 cm. wynoszący. Brak zęba trzonego 3-go lewego górnego; reszta zdrowa. Przy badaniu przez usta okazuje się, że obrzęk w policzku nie przechodzi na dziąsła; naciek tylko w częściach miękkich policzka.

Podejrzywając promienicę, pocisnąłem obrzęk, przyczem ze szczytu rozmiękczonego tegoż z ropą brudno-żółto zabarwioną wypłynęło mnóstwo grudek wielkości małego prosa; badanie drobnowidowe tych grudek wykazało mnóstwo kolonij grzybka promienicowego, również odosobnione pałeczki [1]).

Operacyja doszczętna dnia 9/6 1889 w narkozie chloroformowéj: nacięcie ropnia, wyłyżeczkowanie łyżką ostrą aż do oporu ze strony twardych ścian tegoż; usunięcie częściowe dostępnych ścian nożyczkami zakrzywionemi, wytamponowanie gazą jodoformową.

Dnia 26/6 1889 r. rana wygojona, brak jakiegokolwiek stwardnienia. Badanie 13/2 1890: zupełnie zdrowa.

VII. Dnia 27/6 1889 zgłosił się do lecznicy powszechnéj S. W., 13 lat, izraelita z Nawaryi, poganiacz bydła, podając, że od 6 miesięcy zauważył obrzęk w okolicy szczęki dolnéj po stronie prawéj. Z początku obrzęk rozciągał się na cały prawy policzek; następnie utworzył się mały bolesny guzek na szczęce, który pękł i zasklepił się; późniéj powstał obrzęk podobny w tem samem miejscu na nowo. Chłopiec ten według podania pasie krowy od 3 miesięcy; krowy mają być zdrowe.

Badanie wykazało: chłopiec anemiczny dość dobrze odżywiony. Szczęki rozwierać może dokładnie; ząb trzonowy 3-ci dolny po stronie prawéj uległ próchnieniu, pozostały tylko korzenie. W okolicy szczęki dolnéj po stronie prawéj w środku wyrostka zębowego znajduje się płaski podłużny obrzęk o powierzchni nierównéj, czerwono zabarwionéj, wyraźnie chełboczący. W sąsiedztwie tego obrzęku nie można wykazać żadnego stwardnienia; skóra dokoła obrzęku blada, miękka.

Podejrzywając promienicę skóry nacięto obrzęk, przyczem wypłynęło nieco rzadkiéj ropy śluzowéj wraz z grudkami zbitszemi, krągłemi, cytrynowo-zabarwionemi; takowe w półgodziny po wypróżnieniu poddane dokładnemu badaniu drobnowidowemu okazały się jako kolonie grzybka promienicowego; nadto zauważano pojedyncze grzybki, jak również liczne nitki drzewkowato rozgałęziające się i pałeczki. Badania zgłębnikiem chory nie zezwolił.

Dnia 25/7 1889 zgłosił się ponownie do lecznicy. Wejrzenie twarzy zdrowe, czerstwe. Na szczęce w miejscu dawnego ropnia znajduje się owrzodzenie płaskie zaledwie na przestrzeni centa, nieco owalne, pokryte granulacyjami blademi i ropą; brzegi wrzodu stanowi wybujała tkanka granulacyjna. Wrzód ten nie ma nic charakterystycznego. Zgłębnik wprowadzony w głąb wrzodu napotyka przetokę prowadzącą do okostnéj, obnażenia kości zauważyć nie można. Wrzód ten w narkozie chloroformowéj wycięto, okostnę wyłyżeczkowano, jamę przestrzykano przeciwgnilnie i wytamponowano. Wyleczenie po 5 opatrunkach. Badanie 12/2 1890: zupełnie zdrów. (Dok. nast.)

[1]) Chorą i preparaty drobnowidowe przedstawiłem na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy galicyjskich dnia 8/6 1889.

III. O laryngofisurze na podstawie własnego doświadczenia.

Podług wykładu mianego w Tow. lekarskiem krak. w czerwcu 1889 r., uzupełnione przypadkami późniejszemi.

Podał

prof. Dr. Pieniążek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18.)

Przechodząc do wskazań dla laryngofisury podnieść na wstępie winienem, że bardzo ważną rolę odgrywa tu pytanie, czy chory znajduje się w takim stanie, że tracheotomija jest konieczną lub też, czy takowa poprzednio już wykonaną została. Każdy bowiem łatwo pojmie, że tam, gdzie już tracheotomiję wykonano, albo z powodu duszności chorego takową wykonać musimy, mniéj potrzebujemy ociągać się z wykonaniem laryngofisury niż tam, gdzie trachetomija nie jest konieczną. W pierwszym bowiem razie dodając do tracheotomii laryngofisurę, dodajemy mojem zdaniem do zabiegu większego zabieg mniejszy, czyli innemi słowy, powiększamy ten pierwszy o nie wiele. Podnieśliśmy już powyżéj, że trudności i niebezpieczeństwa przy laryngofisurze są jeszcze mniejsze, niż przy tracheotomii; dodanie więc pierwszéj do drugiéj nie zwiększa znacznie takowych. Tutaj dodamy jeszcze, że i blizna po laryngofisurze pozostała nie o wiele będzie większą od blizny pozostałéj po tracheotomii. Inna jest rzecz, jeżeli potrzeba tracheotomii nie zachodzi; tu trzeba dobrze rozważyć, czy należy chorego poddać laryngofisurze, która bądź co bądź jest przecież operacyją cięższą, niż endolaryngealne zabiegi i po któréj pozostaje na szyi blizna, co zwłaszcza u kobiet nie jest rzeczą obojętną. Wspomnieliśmy już powyżéj, że właśnie takie przypadki (bez duszności) stoją na granicy wskazań dla laryngofisury, którą w nich tylko wyjątkowo wy konywać potrzeba.

Co się dotyczy wskazań, przedewszystkiem wymienić musimy łagodne nowotwory w krtani. Takowe mogą dawać wskazania do laryngofisury, ale wyjątkowo tylko, z reguły bowiem endolaryngealnie usuwać je należy. To też laryngofisurę należy w nich wykonywać wtedy tylko, jeżeli endolaryngealne zabiegi nie prowadzą do celu. Taki przypadek zachodzi wtedy, jeżeli nowotwory łagodne (polipy) pomimo kilkakrotnych zabiegów endolaryngealnych szybko powracają; zdarzyć się to może mianowicie przy papilomatach (przypadek 3). Potrzeba również laryngofisury zajść może, jeżeli nowotwory te skutkiem swojéj wielkości i szerokiéj podstawy, lub głębokiego usadowienia, drogą endolaryngealną usunąć się nie dadzą. Łatwość, z jaką dziś przy pomocy kokainy endolaryngealnie operować możemy, ścieśnia ogromnie to pole wskazań tak, że w przypadkach tego rodzaju tam mógłbym tylko dopuścić laryngofisurę, gdzie z powodu wielkości nowotworu i niemożności usunięcia go od razu, obawa silnego zwężenia skutkiem endolaryngealnych zabiegów zachodzi. Miejsce to mieć może n. p. wtedy, jeżeli szeroko siedzące w krtani guzy galwanokauterem wypalamy; zazwyczaj jednak reakcyjnego obrzmienia po endolaryngalnym zabiegu tam tylko potrzebujemy się obawiać, gdzie już pierwotnie krtań przez nowotwór jest zwężoną, gdzie zatem małe reakcyjne obrzmie-

nie zwężenie znacznie spotęgować może. W takich więc przypadkach najlepiéj od razu przystąpić do tracheotomii, a po niéj wykonać laryngofisurę. Z własnéj praktyki wspomnieć tu muszę o przypadku, który ogłosiłem w *Przeglądzie Lekarskim* w 1883 roku („Nowotwór zatykający światło tchawicy-wypalony przez ranę tracheotomijną; wyzdrowienie“). W przypadku tym musiałem z powodu guza włókniakowego szeroko na tylnéj ścianie krtani siedzącego i zwężającego znacznie światło tejże, wykonać tracheotomiję nadtarczykową. W obecnym czasie wykonałbym następnie laryngofisurę z wyłuszczeniem guza, a chora w kilka tygodni pozbyłaby się kaniuli. Wówczas jednak nie będąc tak jak dzisiaj z laryngofisurą obytym, przypalałem systematycznie nowotwór przez ranę tracheotomijną galwanokauterem tak, żem go wypalił doszczętnie. Zabiegi te lubo z początku dość łatwe, podlegały jednak znacznym trudnościom przy końcu kuracyi, gdy już tylko resztki nowotworu blisko saméj głośni pozostały, których wobec drażliwości choréj lękałem się od góry przez głośnię wypalać (kokaina do endolaryngealnych zabiegów nie była jeszcze w użyciu). Kuracyja ta, jakkolwiek uwieńczona dobrym skutkiem, trwała jednak przeszło trzy miesiące. Ze względu więc na długość trwania leczenia laryngofisurę za odpowiedniejszą w takich przypadkach uważam, zwłaszcza, że chora musiała i tak przebyć tracheotomję i tak pozostała jéj blizna na szyi.

Odmienny przypadek miałem w końcu 1884 r Tutaj obok blizn po wygojonych wrzodach kiłowych spotkałem tak na tylnéj ścianie krtani, jako też w okolicy głośni wtłaczające się w jéj światło wyniosłości, na nieregularnym przeroście błony śluzowéj polegające. Wyniosłości te zwężały światło krtani dość znacznie, nie tak jednak, ażeby tracheotomii wymagały. U chorego rozpocząłem systematyczne wycinanie wspomnianych wyniosłości za pomocą gilotyny, a późniéj wypalanie bardziéj płaskich galwanokauterem. Z razu używałem nieraz z powodu drażliwości chorego do operacyi wstrzykiwań morfiny, późniéj t. j. w listopadzie 1884 zacząłem używać kokainy, przeważnie za pomocą miąższowych wstrzykiwań, które wreszcie dla samego chorego mniéj były przykre od pędzlowania. Przez kilkomiesięczne leczenie w ten sposób doprowadziłem krtań do normalnéj szerokości i chory odzyskał głos, jakkolwiek niezupełnie prawidłowy. W przypadku tym byłoby poniekąd rzeczą wolnego wyboru, czy wykonać laryngofisurę, czy ograniczyć się do endolaryngealnych zabiegów. W pierwszym razie chory pozbyłby się tego cierpienia prędzéj, jakkolwiek przez operacyję cięższą, pozostawiającą bliznę na szyi; w drugim razie leczenie trwać musiało dłużéj, zabiegi jednak operacyjne były o wiele lżejsze i nie pozostawiły żadnych znaków po sobie.

Przypadki, w których obfite papilomata w głośni lub zaraz pod nią sprawiają zwężenie, nie wymagają zwykle tracheotomii, łatwo bowiem przy pierwszym zabiegu endolaryngealnym usunąć ich tyle, aby dla powietrza dostateczną przestrzeń pozostawiały; nowotwory te bowiem są miękkie, a tem samem łatwo wyjmować się dają. Wyjątkowo może i tu zajść potrzeba tracheotomii, po któréj byłoby już rzeczą wolnego wyboru, czy wykonać laryngofisurę, czy też usuwać je drogą endolaryngealną, a w danym razie przez ranę tracheotomijną. Jeden przypadek tego rodzaju przypominam sobie, gdzie z powodu obfitości papilomatów w głośni i pod głośnią, które znaczne zwężenie sprawiały, nie spodziewałem się wyjąć ich tyle, by oddech stał się wolniejszym, wykonałem więc tracheotomiję, po któréj w kilku posiedzeniach endolaryngealnie polipy usunąłem, a następnie wyjąłem kaniulę (a było to w czasach przedkokainowych). Wreszcie operuję przy papilomatach nawet wobec duszności, jeśli takowa zbyt wysokiego stopnia nie dosięga, zawsze endolaryngealnie, jakkolwiek raz mi się wydarzyło, że po nieudanym takim zabiegu endolaryngealnym (w czasach przedkokainowych u siedmioletniego dziecka) tracheotomię z takim pośpiechem wykonać musiałem, iż mając w drugim pokoju wszystko do niéj przygotowane, mimo to wykonałem takową jednem cięciem za pomocą scyzoryka. Papilomata zatem z wyjątkiem bardzo rzadkich przypadków, gdzie dla nich tracheotomija jest konieczną wymagać mogą laryngofisury wtedy tylko, jeżeli po endolaryngealnych zabiegach uporczywie i szybko powracają. Wskazanie do laryngofisury dać mogą wyjątkowo nowotwory łagodne z powodu swego usadowienia. Do takich należy nasz przypadek 6. Tutaj mały polip w przestrzeni międzynalewkowéj ściągnął do siebie struny głosowe tak, że chory znacznéj doświadczał duszności. Zabiegi endolaryngealne mogłyby być niebezpieczne, nie można było bowiem rachować na usunięcie polipa i na zniesienie ściągnięcia więzadeł; a gdyby się próba w tym kierunku okazała bezskuteczną, wtedy duszność chorego przy reakcyi choćby małéj zwiększyć się mogła; lepiéj więc było naprzód wykonać tracheotomię, wykonawszy zaś takową lepiéj było wykonać laryngofisurę, niż próbować niepewnych endolaryngealnych zabiegów. Zbyt nisko usadowione nowotwory nie wymagają jeszcze z powodu swego usadowienia laryngofisury. Jeżeli dosięgnąć ich nie można drogą endolaryngealną, to dostępnemi one będą przez ranę tracheotomijną. Przedewszystkiem dotyczy to nowotworów w okolicy chrząstki obrączkowéj, równie jak i w saméj tchawicy się znajdujących, które przez ranę tracheotomijną wygodnie operować można. Również dobrze dają się w ten sposób i polipy pomiędzy głośnią a raną tracheotomijną będące usuwać. Przy tych ostatnich łatwo jednakże wskazanie do laryngofisury zajść może, jeżeli albo ich obfitość, albo ich natura czynią doszczętne ich usunięcie przez ranę tracheotomijną mniéj prawdopodobne. W naszym przypadku 4 proponowałem prof. Mikuliczowi laryngofisurę nie tyle z powodu nowotworu na tylnéj ścianie tchawicy, który przez ranę tracheotomijną mógł być usuniętym, ile z powodu obfitych polipów pomiędzy głośnią a raną tracheotomijną, których doszczętne usunięcie tak na drodze endolaryngealnéj, jak i przez otwór tchawicy było bardzo niepewnem tak z powodu ich obfitości, jak i ich natury (na wyjętych bowiem poprzednio endolaryngealnie polipach budowę mięsaka drobnokomórkowego pod mikroskopem znaleziono).

O ile więc w ogóle metody operowania endolaryngealnego ścieśniają w nowotworach łagodnych pole wskazań dla laryngofisury, o tyle na odwrót pole to zwiększa się w miarę trudności, na jakie endolaryngealne zabiegi natrafiają i tak: szerszem ono było w czasach przedkokainowych niż dzisiaj; nieliczne bowiem przypadki, w których dawniéj z powodu wielkiéj drażliwości chorego nie można było wykonać operacyi endolaryngealnéj, można dzisiaj przy kokainie z łatwością operować. Wyjątek stanowią jedynie dzieci, u których wykonanie operacyi endolaryngealnéj napotyka na znacznie większe trudności, a często może być i niemożebnem. Tutaj wskazanie dla laryngofisury daleko łatwiéj zajść może. Należy ją tu nieraz wykonać z powodu papilomatów, choćby nie sprawiających znacznéj duszności, które u dorosłego tylko endolaryngealnych zabiegów by wymagały. Swoją drogą nie byłbym za tem, aby u dzieci wykonywać laryngofisurę z powodu małego polipa, który jedynie na upośledzenie głosu

wpływa. Tutaj bez szkody lat kilka poczekać można, aby potem, gdy dziecko będzie starsze, polipa endolaryngealnie usunąć. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Smirnow (Petersburg): **O wykazaniu mikrobów chorobotwórczych w błonie maziowej stawów w rozmaitych chorobach zakaźnych.**

Na zasadzie szeregu badań drobnowidowych cieczy maziowej ze stawu kolanowego i barkowego czyni S. następujące wnioski: W przebiegu pewnych chorób zakaźnych wnikają odpowiednie chorobotwórcze mikroby często do jamy stawowej i można je wtedy znaleźć w cieczy maziowej. Według badań S., odnoszących się do 51 przypadków, można stwierdzić tę okoliczność w róży, zapaleniu płuc, flegmonie, suchotach, durze, błonicy i tryprze. Stan ten przedstawia przerzutowy sposób rozszerzenia się jadu chorobotwórczego. Jeżeli w niektórych przypadkach wynik jest ujemny a nawet przy oględzinach pośmiertnych nie znajduje się mikrobów w cieczy maziowej, to ma to tylko wtedy miejsce, jeżeli śmierć bardzo szybko po metastazie następuje, nim mikroby mogły jeszcze rozwinąć miejscową chorobę. W innych przypadkach sprowadza wtargnięcie miejscowe zmiany zapalne, stojące w bezpośrednim przyczynowym związku z chorobotwórczemi mikrobami chorób zakaźnych. Jeżeli maź okazuje oprócz tych jeszcze inne mikroby, np. oprócz koka rzeżączki, róży lub zapalenia płuc jeszcze stafilo- lub streptokoki, to przypuścić musimy ich obecność jako następstwo wtórorzędnego zakażenia. Przenoszenie chorobotwórczych mikrobów z pierwotnego ogniska do stawów odbywa się na drodze naczyń krwionośnych i chłonnych. Rozmaita częstość śródstawowych przerzutów w różnych chorobach zakaźnych ma prawdopodobnie swą przyczynę głównie w wielkości i postaci odnośnych drobnoustrojów. Małe, okrągłe, lub jajowate mikroby (pneumo-, gonokoki) mogą daleko łatwiej wtargnąć do stawów, niż mikroby w postaci prątków, choćby nawet były tak drobne, jak prątki gruźlicze, podczas gdy większe mikroby (prątek wąglika, spirochety gorączki powrotnej) wcale do stawów wniknąć nie mogą. Co do zapalenia płuc włóknikowego, otrzymał S. na 21 badanych przypadków w 15 wynik dodatni. W 5-ciu z 9-ciu niepowikłanych przypadków znalazł w stawach diplo i streptokoki. W jednym przypadku, wikłającym się z durem, znalazł w stawie barkowym także prątki durowe; w innym powikłanym z zgorzelą płuc, także *Staphylococcus albus*, 3 razy prątki gnilne, raz nadto strepto- i stafilokoki a 3 razy diplokoki. Podobnie w przypadkach róży i błonicy znalazł odpowiednie mikroby w cieczy maziowej stawów. *(W. med Bl.* 1889, Nr. 42).

Patologija.

Prof. Orth: **Badania doświadczalne nad zapaleniem otrzewny.**

Aby rozstrzygnąć niezgodne twierdzenia Grawitza i Pawłowskiego o następstwach wstrzykiwania koków ropnych do jamy brzusznej zdrowych zwierząt, dokonał uczeń prof. O., Waterhouse, badań, które wypadły na korzyść Grawitza, gdyż koki ropne można było wstrzyknąć do jamy brzusznej królików, kotów, świnek morskich i szczurów, nie sprowadzając najmniejszego zboczenia. Czynnikiem tłómaczącym ten ujemny wynik doświadczeń, jest energiczna, wsysająca czynność otrzewny, gdyż po wstrzyknięciu koków, które nie tak prędko uległy wessaniu, ginęły zwierzęta wskutek zapalenia otrzewny. W tych dodatnich wynikach nie odgrywają koniecznie ważnej roli chemiczne istoty, znachodzące się w pożywkach. Że jednak te chemiczne ciała mogą sprzyjać działaniu drobnoustrojów, zatem przemawia skuteczność kisnącego moczu, wypociny zapalnej z jamy brzusznej, z ropni i t. d. W każdym razie mogą ciała chemiczne tylko przez to działać, że zmniejszają odporność otrzewny a przedewszystkiem jej przybłonka. W tej sile odporności leży drugi czynnik, który obok wsysającej czynności otrzewny posiada znaczenie dla powstawania zapaleń mykotycznych. Dla stwierdzenia tego wywoływano przed wstrzyknięciem koków zmiany na ograniczonem miejscu otrzewny (wycięcie, posmarowanie terpentyną) a następowe śmiertelne zapalenie otrzewny brało wyraźnie początek z miejsca uszkodzonego. Głównie przeprowadzano doświadczenia w ten sposób, że wywoływano zmiany chorobowe jelit takie, jakie zdarzają się u człowieka na przepuklinach uwięźniętych. Wyniki: podwiązywanie przez $3^1/_2$—5 godzin z następowem wstrzyknięciem trzech gramów cieczy zawierającej stafilokoki do jamy brzusznej sprowadzało śmiertelne zapalenie otrzewnej po 4—5 dniach. Nie jest jednak koniecznem, aby drobnoustroje bezpośrednio do jamy brzusznej się dostały, gdyż stwierdzono zadziwiającą okoliczność, że ich działanie wychodzące z krwi, jest jeszcze szybszem. Wynika więc, że wobec miejscowego usposobienia w następstwie czasowego podwiązania pętli jelitowej, nietylko koki ropne, bezpośrednio wprowadzone do jamy brzusznej lub krwi, lecz także takie, które znajdowały się w odległych miejscach w częściach miękkich, zap. otrzewny wywołać mogą *(Wien. med Bl.* 1889, Nr. 43).

Dr. Baschkopf.

Choroby kobiece.

Glaeveke: **Zmiany u kobiet po kastracyi.**

Na podstawie 38 kastracyj, 6 obustronnych wycięć jajników i 14 wycięć macicy dokonanych w ginekologicznej klinice w Kielu podaje G. następujące spostrzeżenia: W 88% przypadków kastracyj ustawała miesiączka albo natychmiast po operacyi, albo później. W 12% pozostawała takowe, ale były rzadkie i ilość krwi była znacznie mniejszą, co należy przypisać zdaniem autora tej okoliczności, że jakkolwiek pobudką wywołującą miesiączkę są zawsze jajniki, to w rzadkich przypadkach może takową sprowadzać albo podług Hegara istnienie trzeciego jajnika, albo niezupełne wycięcie tkanki jajnikowej, albo też obrzęki i wypociny pozostające na miejscu wyciętych jajników, które drażniąc nerwy wywołują w drodze odruchu krwotoki z macicy. Mogą się także zdarzyć mięśniaki lub też inne chorobowe zmiany błony śluzowej macicy, które również wywołują krwawe upławy, błędnie uważane za miesiączkową wydzielinę.

W $^1/_2$% wszystkich przypadków pojawiały się objawy zwiastujące miesiączkę w tym okresie, kiedy takowa zwykle występowała, co autor tłumaczy zwiększonym przypływem krwi do macicy wskutek pośrednictwa ośrodków nerwowych.

Pozostałe części rodne (macica, pochwa) ulegają po operacyi zanikowi — odżywianie polepsza się, popęd płciowy zmniejsza się lub ustaje. Umysłowy stan chorych był przygnębiony, w wielu przypadkach przyszło do zadumy, a w trzech do wyraźnych zboczeń umysłowych. W ten sposób taki sztucznie wywołany stan klimakteryczny jest identyczny z naturalnym.

W przypadkach wycięcia macicy ustawała zawsze miesiączka, a występowały tylko objawy zwiastujące miesiączkę, w czem autor upatruje działalność jajników wywołujących w zwykłych okresach przypływ krwi do narządów w miednicy. Wycięcie macicy nie zmieniało fizyjologicznych czynności jajników. Na odżywianie i popęd płciowy pozostawało wycięcie macicy prawie bez wpływu; stan moralny cechuje skłonność do hipochondryi, która nie rzadko doprowadza do zboczeń umysłowych. *(Archiv für Gynaekologie* t. XXXV). *A. W.*

Okulistyka.

Widmark: **O wpływie światła na przodkowe części oka i na skórę.**

Autor starał się zbadać przyrodę podniety, którą światło słoneczne i łukowe światło elektryczne na przodkowe części oka i na skórę wywiera. Łukowe światło elektryczne o sile 1200 świec normalnych wywoływało, tak samo jak światło słoneczne, w oku królika zadrażnienie, mające uderzające podobieństwo do tak zwanej ślepoty śnieżnej i zapalenia elektrycznego u człowieka, a mianowicie nastrzykanie i obrzmienie spojówki gałkowej, zwężenie źrenicy, zmianę barwy tęczówki, zaćmienie i złuszczenie przybłonka rogówki tudzież mierną wydzielinę spojówkową. Objawy te ustępowały po 2 do 4 dniach. Chcąc rozstrzygnąć pytanie, czy objawy te były skutkiem bezpośredniego zadrażnienia przodko-

wych części oka, czy skutkiem zwrotnego zadraźnienia od siatkówki olśnionej, umieszczał W. przed okiem zasłonkę z otworkiem, mającym 2 mm średnicy. Przez otworek ten padało światło na siatkówkę, podczas gdy zasłonka chroniła resztę oka zupełnie od światła. W 6 doświadczeniach tego rodzaju światło nie wywarło żadnego wpływu na przodkowe części oka, natomiast wystąpiły przytoczone objawy zadraźnienia w 6 doświadczeniach, w których chroniono źrenicę i siatkówkę od światła, działającego na resztę oka. Zadraźnienie jest więc skutkiem bezpośredniego działania światła, a nie skutkiem zwotnego zadraźnienia od siatkówki. Szkło i kryształ górny przepuszczają prawie jednakowo promienie poza-czerwone i świetlne, ale różnią się w tem, że szkło pochłania promienie poza fijołkowe, a kryształ górny je przepuszcza. Te własności spożytkował autor celem zbadania, który rodzaj promieni jest najskuteczniejszy. Otóż pokazało się, że światło przepuszczone przez szkło, a więc ubogie w promienie fijołkowe, nie wywoływało prawie żadnego działania, podczas gdy światło przepuszczone przez kryształ górny, a więc obfitujące w promienie fijołkowe, drażniło silnie przodkowe części oka. Podobny wynik dały badania skóry. Promienie poza-fijołkowe wywoływały cierpienie tego samego rodzaju jak wyprysk, będący skutkiem światła słonecznego i elektrycznego, a mianowicie rumień, utrzymujący się kilka dni, poczem następowało łuszczenie. Doświadczenia te uczą więc, że promienie poza fijołkowe mają własność, niezawiśle od działania ciepła, wywoływania spraw chorobowych na powierzchni ciała, wystawionej na dostatecznie silne działanie.

Rydel.

Choroby skórne i weneryczne.

Turnbull: **Choroby kiłowe narządu słuchowego.**

T. czyni uwagę, że zbyt mało bada się w tych chorobach współudział części nerwowych słuchu. Rozpoznaje się głuchotę na tle kiłowem z innych spostrzegalnych objawów cierpienia swoistego, z obrzmienia, zwężenia bliznowatego lub całkowitego zamknięcia trąbek Eustachiusza, z zmniejszonej zdolności przewodnictwa kości czaszkowych. Z naciskiem podnosi T., że u dzieci i młodych osób, które bardzo szybko słuch tracą, nie okazując objawów zapalenia ucha środkowego, a za to równoczesne choroby nosa lub oka, mamy prawie zawsze do czynienia z kiłą błędnika. Omawiając anatomiję patologiczną, opisuje spostrzeżenia sekcyjne, w których znalazł ankylozę kosteczek słuchowych, drobnokomórkowy naciek błędnika błoniastego, powiększenie płynu błędnika wobec zupełnie prawidłowego stanu ucha środkowego i pnia nerwu słuchowego. W końcu omawia patologiję wszystkich chorób ucha, które mogą powstać w następstwie kiły: zapalenie ucha środkowego surowicze i ropne, wrzody i kłykciny sączące w przewodzie słuchowym, zwyrodnienie nerwu słuchowego obwodowe i dośrodkowe. *(Archiv f. Derm. und Syph*, 1889, zeszyt 1). *Dr. Baschkopf.*

Toksykologija.

Dr. Garofolo (Grac): **Amauroza po chininie.**

Nagłą utratę wzroku po znacznych dawkach chininy opisał pierwszy w r. 1857 Graefe. Po 3 miesiącach zupełnej ślepoty wzrok wracał do dawnego normalnego stanu. Od tego czasu ogłoszonych jest już 25 przypadków (Wecker, Roosa, Grüning, Horusz). W przypadku Michela ślepota trwała przeszło 8 miesięcy. Obraz wziernikowy wykazywał znaczną niedokrewność siatkówki i nerwu wzrokowego. W przypadkach Graefego siatkówka była niezmieniona.

G. opisuje przypadek badany w klinice prof. Schnabla w Gracu. Mężczyzna 60 letni przez omyłkę zażył 15 gram. chininy. Objawy zatrucia wystąpiły w 2 godziny po zażyciu, a całkowita utrata wzroku przyłączyła się do nich. W 17 godzin po zatruciu przyniesiono chorego do kliniki. Szpary powiekowe były silnie rozwarte tak, iż część twardówki na 3 mm. szerokości od góry i dołu była odsłoniętą. Źrenice rozszerzone (prawa 6 m., lewa *ad maximum)* nie oddziaływały na światło. Całkowita amauroza z zwidywaniami. Obraz wziernikowy jeszcze normalny, przytomność utrzymana. W 2 dniu po przyjęciu można było wziernikiem wykazać bladość tarczy wzrokowej i znaczne zwężenie naczyń siatkówki. Chory skarżył się na całkowite zamglenie pola widzenia, które chwilami tylko ustępowało. W 6 tym dniu obraz wziernikowy był następujący: Żyłki prawej siatkowki napełnione jądrami rozpadowemi, między któremi jeszcze punkciki dają się spostrzegać. Lekki ucisk na gałkę oka wystarczał, aby z tętniczek krew całkiem chwilowo usunąć, z czego o zmniejszonym ucisku śródnaczyniowym wnosić można było. Na lewej siatkówce obraz ten pojawił się dopiero kilka dni później. Rozpad ciałek krwi w żyłach siatkówki opisał pierwszy Jäger, uważając go za skutek zwolnionego krążenia. Ten sam obraz widziano także po zatorach mózgowych, Schnabel zaś uciskiem na rogówkę wywoływał go sztucznie. Po 4-miesięcznym pobycie chory opuścił klinikę wyzdrowiony, ale naczyńka siatkówki w przeciągu tego czasu już nie wróciły do dawnej swej prawidłowej szerokości. (*Wien. med. Bl.* 1890, Nr. 15).

Dr. Mendelsburg.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lwowska Tow. lekarzy galicyjskich.

Posiedzenie naukowe z dnia 15 marca 1890.

Obecnych członków 30. Przewodniczący: kol. Bylicki.

1) Kol. Seifmann okazał przyrząd do badania połyku i krtani u zwierząt, z zastósowaniem oświetlenia elektrycznego, zmodyfikowany przez Schindelkę. W przyrządzie tym woda zimna, przepływająca dla ochronienia od oparzenia, zastąpiona jest zimnem powietrzem i brak mu zagięcia pod rozwartym kątem, które posiada przyrząd Leitera i Mikulicza do badania ludzi.

Kol. Mahl podnosi, że dotychczas zastósowanie oświetlenia elektrycznego do badań jeszcze zaliczyć należy do zabawek lekarskich, ze względu na brak korzyści wynikających z takowego. — Kol. Gluziński widziałby korzyści możebne w zastósowaniu do badania jamy Highmora.

2) Kol. Barącz przedstawił nowy przypadek promienicy w okolicy krtani u kobiety i udowodnił istnienie takowej preparatami mikroskopowemi.

3) Kol. Wehr wypowiedział dalszy ciąg wykładu swego o promienicy i zakończył część pierwszą „o chorobie tej u zwierząt".

4) Kol. Schramm opisał przypadek operacyi kamienia pęcherza operowany przez niego sposobem Rydygiera. Przeciwko zarzutom już skądinąd czynionym tej metodzie podnosi prelegent, że wobec znacznie zmniejszonej już obawy otworzenia jamy otrzewny, wobec większego pola operacyjnego i usunięcia tą metodą niebezpieczeństwa zakażenia moczowego tkanki łącznej, którego zawsze obawiać się należy przy wysokiem cięciu zaotrzewnowem, metoda ta może mieć niezaprzeczone korzyści. Przeciwwskazaną byłaby ona tylko w przypadkach, gdy mamy do czynienia z cuchnącym rozłożonym moczem, gdyż wówczas desinfekcyja pęcherza, jaka jest konieczną ze względu na otrzewnę, byłaby niemożebną.

Kol. Wehr: Dittel sądzi, że Rydygier nie na seryjo podał swą metodę. W takim razie uważać go należy za starego chirurga, który w postęp nauki i nowe metody wżyć się nie może.

Dr. Jendl.

VI. Zakopane jako miejsce klimatyczne.

Napisał

Dr. Stanisław Ponikło.

Docent U. J. i c. k. lekarz powiatowy.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 19).

IX. Ozon i elektryczność.

Spostrzeżenia ozonometryczne były w Zakopanem czynione i wykazują, że ilość takowego jest tamże znaczniejszą, niż w nizinach. Spostrzeżenia te atoli są luźne i nie wszystkie dokładne, wpływ zaś ozonu na ustrój na bardzo wątłych dotąd oparty podstawach — dlatego podawać szczegółowego wyniku nie będę. Nad elektrycznością umiejętne badania w Zakopanem dotąd robione nie były; wnioskować tylko należy wobec wyniku dawniejszych badań de Saussurea i Bréscheta, które stwierdzają, że napięcie elektryczne atmosfery jest większe w górach i że w ogóle wzmaga się z wyniesieniem miejsca ponad poziom morza, że i Zakopane odznacza się mocniejszem napięciem elektrycznem. Nadzwyczaj nagłe powstawanie burz w Tatrach i po-

wtarzanie się takowych nieraz w krótkich odstępach czasu zdaje się za prawdopodobieństwem wniosku przemawiać.

X. Stan zdrowotny mieszkańców Zakopanego i okolicy.

W braku dokładnych dat o chorobliwości cenne tu będą daty o śmiertelności mieszkańców z poszczególnych chorób zestawione z datami śmiertelności okolic niezbyt odległych, w nizinie położonych.

Następujące zestawienie podaje w odsetkach ilość przypadków śmierci zaszłych skutkiem niektórych ważniejszych rodzajów chorób w gminach parafii Poronińskiej [1]), najbliższych i sąsiadujących z Zakopanem, tudzież celem porównania analogiczne cyfry z powiatu krakowskiego (bez miasta Krakowa). Zauważyć tu muszę, że powiat krakowski należy do rzędu „najzdrowszych“ w Galicyi. Cyfry odnoszące się do parafii Poronińskiej są obrachowane przeciętnie z 6-iu lat od 1884—1889; cyfry zaś z powiatu krakowskiego pochodzą z r. 1889, który do bardzo korzystnych pod względem zdrowotnym się zalicza.

I tak na 100 przypadków śmierci nastąpiło:

	w gminach parafii Poronińskiej:	w powiecie krakowskim:
a) skutkiem ostrych [2]) osutek zakaźnych	4·8	7·3
b) skutkiem duru [3])	1·2	2·5
c) „ czerwonki	0 4	3·1
d) „ chorób zapalnych narządu oddychania	4·8	12 7
e) skutkiem **gruźlicy**	**2·8**	**15·1** (w mieście Krakowie) 20 9
f) „ nagłych przypadków chorobowych	3·2	1·2
g) skutkiem nowotworów złośliwych	0 4	0·26
skutkiem uwiądu starczego	10 5	7·2

Śmiertelność roczna w parafii Poronińskiej wynosiła w latach 1884—89 przeciętnie 24·1‰ (wliczając dzieci nieżywo urodzone); w samem Zakopanem 24·3‰ (wliczając także przypadki śmierci między gośémi); w powiecie krakowskim wynosiła w r. 1889, 31 5‰, w mieście Krakowie wynosiła przeciętnie w latach od 1886—89, 31·6‰.

Cyfry powyższe są dosyć wymowne i czynią wszelki komentarz zbytecznym. Pozwalam sobie zwrócić uwagę na kolosalną różnicę śmiertelności z gruźlicy; jest ona w gminach parafii Poronińskiej przeszło 5 razy mniejszą niż w powiecie krakowskim, a 7 razy mniejszą niż w mieście Krakowie Śmiertelność z chorób zakaźnych jest więcej niż o 50% mniejszą, niż w powiecie krakowskim — odwrotnie nagłe przypadki chorobowe (udar mózgowy, zator mózgowy itd.), złośliwe nowotwory (przedewszystkiem rak) i uwiąd starczy wywoływały w parafii Poronińskiej znacznie większą ilość przypadków śmierci.

Ludność Zakopanego i gmin sąsiednich, mimo trudnych warunków życia i mimo zakorzenionego niestety w części mieszkańców nałogu hołdowania zbytniego napojom wyskokowym (część ludności wprawdzie wstrzymuje się w zupełności od używania alkoholu) cieszy się dobrym stanem zdrowia, zachowuje czerstwość i zdolność do pracy do bardzo późnego wieku, odznacza się żywością ruchów i przeciętną wyższą intelligencyją od mieszkańców nizin. Nie rzadko spotykamy tu ludzi przy ciężkiej pracy rześko wyglądających, którym nie przypisałbyś więcej niż 50—55 lat życia, gdy w rzeczywistości ze zdumieniem dowiadujemy się, że przekroczyli 70 lat. Zbytniej otyłości klimat wcale nie sprzyja; widzimy wyłącznie postacie muszkularne, o rysach wydatnych, z nbogą podściółką tłuszczową. Ludność siwieje, łysieje i starzeje się później i częściej niż w nizinach dochodzi wysokiego wieku. Naprzykład w przeciągu 40 lat ostatnich (w 1849—89) dosięgło w Zakopanem (obecnie 2700 mieszkańców) przeszło 80 lat 73 osób, przeszło 90 lat 37 osób, przeszło 95 lat 7 osób, przeszło 100 lat 4 osoby, przeszło 110 lat 1 osoba; w sąsiedniem Kościelisku (700 mieszkańców, zatem 4 razy mniej niż w Zakopanem) dożyło w tymże samym okresie czasu przeszło 80 lat 7 osób, przeszło 90 lat 15 osób, przeszło 95 lat 2 osoby, przeszło 100 lat 3 osoby, przeszło 105 lat 1 osoba.

Ani Zakopane, ani gminy sąsiednie nie są oczywiście bezwzględnie wolne od chorób zakaźnych, atoli epidemije we właściwem słowa znaczeniu należą do wielkiej rzadkości: w ciągu ostatnich 40 lat oprócz cholery w r. 848, 854 i 873 (która prawie podwoiła przeciętną roczną śmiertelność), panowała epidemicznie tylko w r. 1855 czerwonka, skutkiem której 12 osób zmarło Sporadyczne przypadki tyfusu brzusznego trafiały się, lubo bardzo rzadko — miejscowej epidemii w ostatnich latach o ile mi wiadomo nie sprawdzono. Z ostrych osutek zakaźnych statystyka sanitarna wykazuje najczęściej ospę, (takowa we wszystkich okolicach bez względu na stosunki telluryczne i meteorologiczne zarówno się jawi), w bardzo nielicznych przypadkach odrę; płonica do wielkich rzadkości należy, natomiast jawiły się sporadyczne przypadki dyfteryi.

Odnośnie do chorób zakaźnych należy nazwać zdrowotność Zakopanego i okolicy świetną. Rozumie się samo przez się, że ostatecznie wszelka choroba zakaźna może być równie do Zakopanego jak gdzie indziej, nawet do dolin znacznie wyżej: na 1800—2000 m. wyniesionych przewleczoną, nawet strumyki górskie i źródła mogą być chwilowo zakażone importowanym zarazkiem chorobowym, lecz z wielką trudnością mogłaby wszelka choroba zakaźna znaleźć tu grunt odpowiedni do swego rozwoju i do spotęgowania się w formę znaczniejszej epidemii. Bezwzględnej wolności (*immunitas*) od gruźlicy i innych chorób zakaźnych nawet najwyższe osady górskie Europy nie posiadają a szukanie takowej w górach szląskich, jak to czyni zasłużony i znakomity terapeuta gruźlicy p. Brehmer [1]), jest zupełnie bezowocne, zresztą do celów klimato terapeutycznych wcale potrzebną nie jest.

Powyżej podanych stosunków zdrowotnych miejscowej ludności Zakopanego i okolicy nie można bezwzględnie stosować do gości chwilowo tam przebywających; wchodzą tu w grę dawniejsze odmienne przyzwyczajenia, odmienne żywienie się, odmienne zatrudnienie, zmiana klimatu i inne czynniki. W części jednak wpływ klimatu i stosunków miejscowych tak korzystny dla ludności miejscowej odzwierciedlić się musi także w stanie zdrowotnym ogólnym przybyszów i uwydatnić w przebiegu chronicznych chorób, jakieby okazywali.

XI. Jaszczurówka.

W odległości 3-ch kilometrów od środka Zakopanego, w dolinie Olczyska, 901 m, ponad poziomem morza, wytryska z pomiędzy wapiennych skał obfite źródło wody o stałej ciepłocie = + 20·4°C Źródło to ujęte zostało staraniem właściciela p. Uznańskiego i użyte do wypełnienia dwu pięknie drzewem oszalowanych basenów, tudzież poszczególnych kabin łaziebnych. Obfitość wody jest tak wielką, że obszerne baseny wypróżnione w przeciągu kilkunastu minut w zupełności się wypełniają.

Łazienki te urządzone są z potrzebną wygodą, opodal łazienek stoi nowo wybudowany hotel, obszerny, wygodnie urządzony, czyniący zadość wszelkim wymaganiom, a nadający się bardzo do stałego zamieszkania osób, dla których używanie kąpieli w Jaszczurówce jest wskazane. Podnieść należy, iż właściciel nie szczędzi kosztów i sposobem, rzec można, poniekąd prześcigającym konieczne wymogi czasu, niestrudzenie działa celem podniesienia i uwygodnienia miejscowości tej, której przyszłość i dalszy rozwój jest zapewniony.

Zdroje w Jaszczurówce nader ubogie w składniki stałe, kryształowo czyste, należą do rzędu cieplic obojętnych (*acratothermae*), czyli do „cieplic alpejskich“ o miernej ciepłocie. Zbyteczna dowodzić, jak korzystne zastosowanie lecznicze może mieć cieplica w klimacie alpejskim: łączy się tu działanie uspokajające na układ nerwowy i krążenia, działanie pobudzające wydzielanie z ustroju z wpływem miernie podniecającym klimatu górskiego. Specyjalne wskazania leczni-

[1]) Bardzo starannie zebrane cyfry dotyczące śmiertelności udzielił piszącemu urząd parafijalny w Poroninie. — [2]) Ospa, odra-płonica. — [3]) Dur plamisty i dur brzuszny razem wzięte.

[1]) *Die Therapie der chronischen Lungenschwindsucht* v. H. Brehmer, Wiesbaden 1889.

cze z łatwością wysnuje każdy lekarz po ocenieniu miejscowych warunków. Udecydowana uchwalą Sejmu krajowego budowa gościńca z Zakopanego przez Jaszczurówkę do Węgier niebawem ułatwi jeszcze więcéj korzystanie z Jaszczurówki gościom i pacyjentom Zakopańskim.

Powyżéj podane uwagi, poparte datami meteorologicznemi, dotyczącemi poszczególnych czynników klimat stanowiących stwierdzają, że Zakopane odznacza się: 1) ciśnieniem powietrza o $^1/_{10}$ mniejszem niż w nizinach; 2) średnią roczną ciepłotą w cieniu 2·5° C. niższą niż w Krakowie, o wahaniach mniejszych, zatem nieco jednostajniejszą; 3) znacznie większem nasileniem promieniowania słonecznego (większą insolacyją); 4) mierną, lecz niższą niż w nizinach względną wilgotnością powietrza, zatem silniejszą ewaporacyją; 5) nieco korzystniejszym stanem zachmurzenia, 6) obfitszym opadem meteorycznym; 7) chemiczną i bakteryjologiczną czystością powietrza; 8) korzystnym stanem i kierunkiem wiatru, nareszcie 9) znaczniejszem napięciem elektrycznem atmosfery i większą zawartością ozonu. Innemi słowy, Zakopane jest miejscem klimatycznem alpejskiem o średniem wyniesieniu ponad poziom morza; jest tedy uzdrowiskiem alpejskiem *par excellence*.

Uzdrowisko to zachowuje swe cenne cechy klimatyczne przez cały rok, tak w lecie, jak w zimie. Rzut oka na tablicę II-gą, objaśniającą bieg średniéj ciepłoty miesięcznéj, wykazuje n. p., iż średnia ciepłota miesięczna Zakopanego w miesiącach lutym, marcu, kwietniu, wrześniu, październiku i listopadzie jest wyższą od ciepłoty Poronina o 100 metr. i więcéj niżéj położonego, w miesiącach styczniu i grudniu prawie jest równą ciepłocie Poronińskiéj, nadto w kilku, zwłaszcza zimowych miesiącach *maxima* ciepłoty w Zakopanem są wyższe niż w Poroninie — czyli, że Zakopane odznacza się w zimie średnią wyższą ciepłotą od Poronina.

Wzmaganie się ciepłoty ze wzmagającem się wyniesieniem ponad poziom morza w zimie było wielokrotnie ścisłemi doświadczeniami w Alpach stwierdzonem, zwłaszcza w ostatnich latach, kiedy wycieczki zimowe na szczyty Alpejskie do rzadkości nie należą [1]). Średnia ciepłota zimowa wyższych części dolin Alpejskich jest wyższą niż najniższych ich stoków.

Dr. Julijusz Hann, dyrektor centralnego zakładu meteorologicznego w Wiedniu [2]) podaje ciekawe w tym względzie daty: i tak n. p. we wschodnich Alpach (Pinzgau i Pongau) średnia ciepłota wynosiła:

	w Zell am See 670 m.	w Hofgastein 860 m.	w Badgastein 980 m.
w styczniu	— 5·3° C.	— 5·1° C.	— 4·6° C.
w lutym	— 4·5° C.	— 4·3° C.	— 3·8° C.

Jeszcze piękniéj objaśniają zimowe podnoszenie się ciepłoty wzmagające się z wyniesieniem cyfry powzięte ze spostrzeżeń czynionych w kotlinie Celowca i dolinie Drawy w Karyntyi. Wedle tych spostrzeżeń wynosi średnia ciepłota:

	Celowiec	Villach	Sachsenburg	Obervellach	Sagritz	Heiligenblut
Wzniesienie ponad p. morza	440 m.	500 m.	550 m.	670 m.	1140 m.	1404 m.
Zima w ogóle	— 4·6° C.	— 4·4° C.	— 3·8° C.	— 3·6° C.	— 3·6° C.	- 3·9° C.
Styczeń	— 6·2° C.	— 6·1° C.	— 5·6° C	— 5·2° C.	— 4·6° C.	— 4·8° C.
Lipiec	+ 18·9° C	· 18·0° C·	+ 17·9° C.	+ 17·1° C.	+ 15·5° C.	+ 14·0° C.
Różnica stycznia od lipca	25·1	24·1	23·5	22·3	20·1	18·8

Otóż jeszcze Heiligenblut wyniesione na 1404 m. ma zimę łagodniejszą, niż miasto Celowiec; odwrotnie średnia ciepłota lipca a zarazem różnica ciepłoty letniej od zimowej zmniejsza się ze wzmagającą się wysokością miejsca. Stąd też zdanie często powtarzane przez mieszkańców Karyntyi: *„Steigt man im Winter um einen Stock, so wird es wärmer um einen Rock“* znachodziłoby tu umiejętne ugruntowanie.

W miejscowościach położonych wyżej 1300—1500 m. średnia ciepłota zimowa poczyna się znów obniżać. Zjawisko powyższe tłumaczy się promieniowaniem: najniższe warstwy powietrza oziębionego bardzo silnem odpromieniowaniem w przestrzeń na stokach gór, jako gatunkowo cięższe spływają wzdłuż doliny na dół ku stopom doliny i zatrzymują się w najniższej kotlinie, gdzie w braku silniejszego wiatru dłużej w spoczynku pozostają; wyższe części dolin otrzymują w zamian powietrze mniéj oziębione wyższych warstw, które nadto skutkiem wywołanéj opadaniem kompressyi jeszcze więcéj się ogrzewa.

Temu to zjawisku zawdzięcza Zakopane zimę łagodniejszą i jednostajniejszą niż niższy Poronin, a może i znacznie niżej położone miejscowości podhala. Przedsiębranie ścisłych równoczesnych spostrzeżeń na podhalu w tej mierze byłoby ze względów klimatologicznych bardzo pożądanem. Ilość opadu atmosferycznego jest w Zakopanem, jak wykazuje tablica ta, podczas miesięcy zimowych mniejszą, niż w lecie. Stan zachmurzenia, ilość dni pogodnych, względna wilgotność powietrza są mniej lub więcéj równe, tak w lecie jak w zimie. Co do wiatrów również wybitnéj różnicy nie ma. Naturalnie gdyby możebnem było jasne, niezachmurzone niebo Riviery przenieść ponad nasze Tatry, zima w ustroniach Tatrzańskich byłaby pod każdym względem idealną, mimo atoli kontynentalnego charakteru Zakopanego, który jest również piętnem miejsc klimatycznych alpejskich, mimo znacznie pokaźniejszéj ilości dni pochmurnych, zimę w Zakopanem należy uznać za bardzo piękną i względnie łagodną. Przez całą zimę ziemia pokryta jest jednostajną, prawie nigdy nie topniejącą warstwą śniegu, który pod koniec zimy twardnieje lodowaciejąc: wśród dni pogodnych dzięki potężnéj insolacyi i ciszy można dłuższe odbywać przechadzki i korzystać z właściwego Zakopanemu powietrza. Sceneryja pełnéj zimy w Zakopanem może jest poniekąd piękniejszą, niż w lecie; oświetlenie gór wybitniejsze, dozwalające uchwycić oku drobne szczegóły, szczyty gór i ich stoki, hale, polany, pola i łąki w zupełności śniegiem pokryte lśnią w barwach widma słonecznego i odbijają od ciemnéj, prawie czarnéj barwy stromych skał grzebieni i spadzistych turni od śniegu wolnych i od wieczystéj ciemnéj zieleni niższych wysokopiennych iglastych lasów — kraina kosodrzewu jest w zupełności śniegiem pokryta. Doliny wyższe Tatr są podczas zim, niezbyt w śnieg ubogich, w zupełności śniegiem zasypane i zupełnie niedostępne. Jedne tylko wody, milcząc w zimie, zamarznięte i śniegiem zawalone, przypominają sen w naturze. Poniżéj w dolinie Nowotarskiéj widoczne czasem mgły zasłaniają widok na miejscowości u stóp naszych, gdy atmosfera w samem Zakopanem jest zwykle jasna i od mgieł wolna. Najniefortunniejszym czasem w Zakopanem jest wczesna jesień i późna wiosna, gdy śniegi stopnieją i ziemia zrzuca szatę zimową; w połowie maja już Zakopane wraz z krainą górską zalesioną jest zupełnie wolna od śniegu i obraz zupełnéj wiosny przedstawia.

O ile mogłem, o ile mi pewne daty były dostępne, starałem się bezstronnie nakreślić klimat Zakopanego. Oczywiście więcejby mnie zadowoliło, gdybym mógł był przytoczyć cyfry z długiego szeregu lat spostrzeżeń meteorologicznych bez przerwy i ściśle czynionych, dozwalających na więcéj umiejętne spożytkowanie. Lecz daty szczupłe, które podałem, winny dać chociaż w przybliżeniu niekłamany obraz klimatu i jego właściwości. Prosząc tedy o pobłażanie brakom, zamierzam obecnie podać ogólne wskazania lecznicze i przeciwwskazania w zastosowaniu klimatu Zakopanego w zboczeniach chorobowych ustroju. Zdanie moje będzie poniekąd teoretyczne, tylko na krytycznem ocenieniu klimatu oparte, szczegółowsze wskazania podać będą mogli przedewszystkiem lekarze stale w Zakopanem działający. Zresztą każdy lekarz oceniwszy sam warunki klimatyczne, wyrobi sobie własne w téj mierze zapatrywanie, a cieszyć się będę, jeżeli mógłbym się przyczynić do nacechowania tego lub owego szczegółu w klimatologii Zakopanego, któryby należycie

---

[1]) A. v. Kerner. *Die Entstehung relativ hoher Lufttemperaturen in der Mittelhöhe der Thalbecken der Alpen im Spätherbst und Winter. Sitzungsberichte der Wiener Academie* 1885. — [2]) Dr. J. Hann, *Zeitschrift des deutschen und österr. Alpenvereines.* Band 17, 1885.

oceniony, w granicach naukowéj bezstronności, skutecznie zdołał ułatwić rywalizacyę tego ojczystego uzdrowiska z odpowiedniemi miejscowościami zagranicy. (C. d. n.)

Uwagi nad endemiją ospy w Warszawie.

Podał

Dr. Tymoteusz Stępniewski,

dyrektor Instytutu hodowli limf i szczepienia ospy w Warszawie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 19).

Za materyjał szczepialny służyły nam znane przetwory krowiankowe 2-ch form: limfa płynna i tak zwany u nas, detryt krowiankowy. Limfa płynna t. j. glicerynowana, jest u nas szczepianką takąż, jaka się wyrabia w środkowéj Europie pod tą nazwą i jaka, ze względu na koszt wyrobu i zawieralników, jest stosunkowo droższą; w każdym razie tańszą jest u nas niż w Austryi. Jestto materyjał słusznie używany do szczepień dzieci i do szczepień rewakcynacyjnych osób stanów: średniego i wyższego, jako wychowywanych mniéj naturalnie a więc mogących oddziaływać w sposób nieprzewidziany na czynniki obce dobréj i rzetelnie czystéj limfy; czynniki takie w postaci przymieszek bezwarunkowo wprowadzane są do preparatu zwanego pastą lub emulsyją.

W skład limfy absolutnie czystéj i glicerynowéj wchodzą w charakterze elementów, działających w niéj przeciwospowo, a właściwie wprowadzających w organizm zarazek ospy ochronnéj, dwa, wyraźnie dwa, tylko mikroorganizmy: jeden z gronkowców złocistych lub żółtych Rosenbacha (*staphylococcus pyogenes aureus vel citreus)* i drugi mikroorganizm, tak dalece zbliżony formą mikroskopową i zachowaniem się na odżywkach do gronkowca Passetowskiego białego *(staphylococcus pyogenes albus)*, że dotąd za takiego powszechnie był brany. W limfie czystéj i działającéj prawidłowo zawsze znajduje się gronkowiec ten drugi, to jest biały, stowarzyszony ze złocistym albo żółtym. Wziątka limfy żółtawo przeźroczystéj, przeniesiona (przy zachowaniu ostrożności bezwzględnéj antiseptyki), na nadające się najlepiéj do podobnych celów odżywki, to jest na żelatynę lub agar agar, daje w temperaturze hodowlanéj termostatowéj (agar) już na 2-gi dzień mozaikę ukropkowaną kolonijami mikroorganizmów tylko takich t. j. żółtych i białych; setki razy powtarzane przenoszenia żółtych kolonij oddzielnie, a białych oddzielnie na grunta takież w epruwetkach dla otrzymania izolowanych kolonij, dawały nowe kolonije żółte, prawidłowe i w rozwoju i przechodzące okresy typowe, gdy białe mijają się z typem Passetowskim. To mijanie się z typem uwyraźnia się szczególniéj i jaskrawo przy hodowli na żelatynie, zatem przy hodowli w temperaturze od 14—20, reprezentując rozwój na tym substracie powolniejszy i mniejszą właściwość rozrzedzania żelatyny od koka Passetowskiego. Liczebny stosunek mikrokoków żółtych do białych zmienia się w miarę postępu hodowli; z początku przeważają białe, a późniéj żółte. Z uwagi na nierozwiązaną dotąd ważność tych wahań a niewątpliwie znaczącą w bio-chemizmie limfy krowiankowéj nie należy zbyt pospiesznie czynić wniosków aprioryst ycznych; należy raczéj badać i obserwować, należy szczepić hodowlami odosobnionemi oddzielnie, a oddzielnie symbiozą hodowli; może być, po porównawczych studyjach, przeprowadzający je upoważnieni będą do wypowiedzenia zdania stanowczego, twierdzącego. Studyja takie, przy współdziałaniu sił, jakie daje miasto uniwersyteckie, przeprowadzamy i rezultat ogłosimy; nadmieniamy jednak, że w razie wykrycia w limfie innego nad wymienione dwa składniki bakteryjologiczne, limfę tę uważamy za podejrzaną; nie szczepimy jéj ludziom, lecz probujemy na zwierzętach, a próby te dotąd prawie zawsze dawały powikłanie reakcyjne zagmatwane, a niekiedy jak n. p. znalazłszy koka, układającego się pod mikroskopem w formę paciorkowatą (*streptococcus*) wywołaliśmy na królikach próbnie szczepionych flegmonę rozianą. Te dane zwracają naszą uwagę na ważność bakteryjologicznych badań limf ospowych i dają otuchę, że zdanie to moje poprą i inni.

Detryt, emulsio, pasta. Niema przepisu, a tem mniéj ogólnie przyjętéj recepty na robienie formy szczepiankowéj' zwanéj emulsyją lub pastą. Panuje pod tym względem dowolność, wskutek czego różni hodowcy różny stosunek przypraw dodają do zdjętéj zeskrobaniem *en masse* krosty ospowéj, ażeby z niéj urobić postać preparatu odpowiedniego do przechowania i nie tracącego siły w warunkach tego zakonserwowania. I my na danem polu różnimy się w szczegółach od innych. Krytyczne rozpatrzenie się jednak w metodach, stosowanych lub polecanych przez prowadzących hodowle limf w Europie środkowej, z uwzględnieniem techniki praktykującéj się w cielętnikach rosyjskich (Petersburg, Moskwa, Kazań), skłoniło nas do zaznaczenia w pamięci i uwadze metod niemieckich, względnie berlińskich. Ścisły system i czystość roboty tam zapanowała w zakładzie państwowym, prowadzonym przedtem przez Kocha, a obecnie przez Schultza. Zakład ten jest zamkniętym i nie sprzedaje limf, jako wyrabianych tylko dla Brandenburgii i armii. Uważałem za właściwe przyswoić eksploatacyi limf w moim zakładzie wiele metod tamże stosowanych.

Co do porównawczéj wartości w praktyce limfy i pasty, to zapisać wypada, że krosta ospowa, uwolniona na korzyść szczepianki płynnéj od znacznéj części tak zwanéj limfy, któréj jedna kropla (1/20 ctm. sześć.) zawierać może milijony gronkowców właściwych, pozostaje jeszcze pomimo tego zasobną w wielokrotnie liczniejsze milijony, które stanowią część zasadniczą, t. j. głównie działającą w materyjale szczepiennym; razem z elementami morfologicznemi krosty ospowéj i skóry, z dodaną wodą i gliceryną lub inną przymieszką i t. d., preparat z nich urobiony stanowi emulsyję lub pastę. Wartość téj i takiéj pasty lub emulsyi, u nas detrytu, o tyle jest wyższą, o ile bogatszym jest w niéj zasób mikroorganizmów dwóch zasadniczych, wyrażonych powyżéj, o ile innych niema i o ile zetknięte z ustrojem szczepionym części morfologiczne krosty i skóry zachowują się obojętnie i o ile nakoniec, podczas saméj roboty preparatu, uniknąć się dało zanieczyszczeń. Ponieważ tedy preparat ów urabia się z przymieszkami postronnemi, dodawanemi głównie w celu wstrzymania rozkładu części morfologicznych, nie wpływających ujemnie jako takie na organizm w stanie świeżym, zatem najważniejszą rzeczą jest unikanie właśnie tych zanieczyszczeń, czasem, jak wiadomo, choroba wywołujących. Osiągnąć to można prędkością roboty i wykonywaniem jéj w atmosferze jak najczyściejszéj; zyskujemy ją z pomocą znanéj w pracowniach bakteryjologicznych kamery Büchnera; w rozcieraniu zeskrobki krowiankowéj największą pomoc niesie maszynka czterowalcowa Döringa (Berlin). Maszynka do tegoż celu służąca Chaliböusa (Drezno) jest również dobrą, lecz jeszcze nie tak wypróbowaną, jak Döringa, który ostatecznie ulepszył ją, a któréj prędkość i dokładność działania miałem sposobność ocenić w Berlinie, skąd ją też i przyswoiłem. Woda, tylko destylowana, a niesterylizowana, dodawana jako środek rozcieńczający środek, nie przedstawia dostatecznéj czystości; wiadomo bowiem, że mikroorganizmy wodne do swego życia potrzebują bardzo mało organicznych elementów, zatem najmniejsza liczba ich zarodników zabłąkanych lub przechowanych pomimo przekraplania wody, może się w niéj rozwijać. Zatem do przetworów krowiankowych należy za każdym razem sterylizować wodę pomimo przekroplania. Z wody bowiem najwięcéj mikroorganizmów rozszczepkowych wejść może do preparatu, lubo mało pleśni i grzybków; tych znowu powietrze dostarcza. Robota w kamerze Büchnera zabezpiecza od tych pleśni i grzybków, w rzędzie których, bez téj kamery, jeżeli ustrzeżemy się od *aspergillus* lub *mucor*, to nigdy od gatunku *penicillum.* Bezpośrednio nie są one niebezpiecznemi dla organizmu, jako nie rozwijające się w wyższych cieplotach hodowlanych (30—40°), ale pośrednio, przy zetknięciu z powietrzem szczepianki w niższéj hodowlanéj ciepłocie mogą pleśnie ułatwiać jéj rozkład. Zresztą wiadomo, że mikroorganizmy, blizko ognisk wytwarzania unoszą się w powietrzu, a inne znajdowano w wodzie; sam obserwowałem przypadek tyfusu u dwojga dzieci, zaszczepionych przez inokulatora (felczera) w pomieszkaniu, gdzie jeden z członków rodziny na tyfus był chorym. Co do wody, to możliwość znajdowania się w niéj mikroorganizmów

chorobotwórczych jest d wiedzioną od czasu wykazania faktu, że w rzekach Indyi choleryczne mikroby się znajdują.

Szczepienia rewakcynacyjne w zakładzie i przez lekarzy zakładu na mieście dopełnianemi były limfą krowiankową; powtórzenia szczepień po pierwszym razie ujemnych pastą (*detrytem*). Porządek taki zachowanym był dlatego, że podług obliczeń drogą metod znanych w bakteryjologii w 1—1·5 centigrama limfy, dostatecznéj ilościowo na zaszczepienie jednéj osoby (3—8 nacięć), znajduje się 300—500 tysięcy właściwych jéj mikrobów; w takiejże ilości emulsyi, pasty, detrytu znajduje się ich znacznie więcéj. Uczyniony stąd apriori wniosek o większéj sile detrytu sprawdza i sprawdziła praktyka; z uwagi jednak na znany i nieskomplikowany skład limfy i na znaną także prawidłowość reakcyi poszczepiennéj, jaką ona daje u osób delikatniejszego ciałoskładu i, z uwagi na reakcyję, stosunkowo silniejszą, obserwowaną u podobnych osób po szczepieniu odrazu detrytem, dawaliśmy limfie pierwszeństwo w danych razach. Kobiety i młodzież szkolną rewakcynowano wyłącznie limfą, indywidua zaś obu płci stanu rzemieślniczego, robotniczego i proletaryjatu detrytem, a to z uwagi na obserwowaną wyższą odporność ich organizmów wobec infekcyi.

Badania bakteryjologiczne szczepianek odbywały się w laboratoryjum drogą metod przyjętych ogólnie z modyfikacyjami, jakie usprawiedliwia dokładność roboty przy pospiechu. Dwuprocentowy agar-agar i 10 cio procentowa żelatyna stanowiły zasadniczy grunt hodowlany dla materyjału badanego codziennie wśród stadyjów rozwoju na cielęciu aż do chwili zebrania; chwilę tę konstatowano nie podług recept podręcznikowych, lecz podług znanych praktycznie znamion dojrzenia krost ospowych; słowem, początek sprawy rozpoczynającego się mętnienia zawartości płynnéj pęcherzyka, a więc początek postaciowania się właściwéj krosty ospowéj jest właściwszym czasem do zbioru limfy i detrytu; poza nim, w kroście dojrzałéj i przejrzałej rośnie stosunek mnożenia się jednego z dwóch gronkowców żółtych, a zmniejsza rozwój białego. Praktyka okazuje, że szczepianki zapóźno zebrane dają odczyny, wyrażające się objawami, im późniéj po zdjęciu, tem więcéj pozbawionemi cech krosty ospowéj na korzyść cech zwyczajnego czyraka lub ropnia. Ta okoliczność między innemi poważnie przemawia za hypotezą o specyficznem dla ospy znaczeniu koka białego, który różniąc się bakteryjologicznie w szczegółach (rozwój na żelatynie) od gronkowca białego Passetowskiego może być, że okazuje się istotnie swoistym mikroorganizmem krowiankowym (*micrococcus vaccinae)*. Nie uprzedzam nateraz zdania, jakiego wyczekiwać możemy po skończeniu robót odnośnych, obecnie dokonywanych; prowadzą się one w kilku miejscach przez bakteryjologów.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 15 maja. W poniedziałek rozpoczęły się egzaminy fizykackie pod przewodnictwem p. protomedyka Merunowicza, który w tym celu zjechał ze Lwowa.

* Na ostatniem posiedzeniu swem Wydział lekarski zamianował Dra Stanisława Gawlikowskiego drugim asystentem przy katedrze anatomii patologicznéj na 2 lata. — Dotychczasowy asystent 1-szy Dr. Krokiewicz ustąpił, a miejsce jego zajął dotychczasowy asystent 2-gi Dr. Hempel.

* Sprawozdanie Rady zawiadowczéj Tow. lekarzy galicyjskich za rok 1889, które nas doszło niedawno, zawiera ważne daty, świadczące o pomyślnym rozwoju tego stowarzyszenia, które lekarzom galicyjskim tak wielkie oddaje usługi. Z końcem r. 1889 liczyło ono członków 358; biblijotekę założoną przez ś. p. Biesiadeckiego podjął się uporządkować kol. Dr. Klemens Dębicki i dotąd wciągnął już do katalogu połowę książek, t. j. 2200 tomów; biblijoteka ta mieści się obecnie razem z pracownią bakteryjologiczną w osobnym lokalu przez Towarzystwo najętym i zawiera zbiory bardzo cenne. Dochód Tow. wynosił 6010 złr., rozchód 5246 złr., nadwyżkę umieszczono w książeczkach galic. kasy oszczędności. Na pensyje stałe rozdano wdowom i sierotom po lekarzach 1770 złr., na zapomogi zaś jednorazowe 710 złr. Jeżeli zważymy, z jak małych początków powstały majątek i zbiory Towarzystwa, to przyznać musimy, że wzrost jak na nasze stosunki jest pomyślny, że więc Towarzystwo rozwija czynność wszechstronną na korzyść stanu lekarskiego.

* Akuszerka, któraby chciała osiąść w Bugojno w Bośnii, może zaraz zgłosić się z podaniem do urzędu powiatowego w Bugojnie. Płaca wynosi 300 złr. rocznie z prawem wynagrodzenia za usługi koło kobiet. Na podróż może otrzymać w razie potrzeby zaliczkę w kwocie 50 złr. Zgłoszenie się najrychlejsze jest pożądane. Reflektująca na tę posadę akuszerka winna się zgłosić do p. prof. Madurowicza, który ma jéj wydać świadectwo uzdolnienia.

* W budżecie na rok przyszły wydatki na wszystkie uniwersytety zachodniéj połowy monarchii austr. wynoszą 2,927.075 złr. W sumie téj Wydziały lekarskie zajmują następujące pozycyje: wiedeński 895.300 złr., oba Wydziały lek. w Pradze czeskiéj: 766.472 złr., (a więc na każdy wypada średnio 383·236 złr.), w Gracu 305.400 złr., w Krakowie 280·400 złr., w Insbruku 236.900 złr. Wydział lek. w Krakowie zatem zajmuje dopiero 5-te miejsce, a jakkolwiek liczba słuchaczów wcale nie jest mniejszą aniżeli w Gracu, kosztuje o 25.000 złr. mniéj, a o 43.500 złr. tylko więcéj od Wydziału lekarsk. w Insbruku, który ma liczbę uczniów najmniejszą. Nadto na budowę zakładu patologicznego w budżecie nic nie wstawiono — a więc nie ma żadnéj nadziei, aby budowa ta choć w r. 1891 się rozpoczęła. A ponieważ według oświadczenia p. Ministra od poprzedniego zaspokojenia potrzeb Wydziału lek. krakowskiego zależy rozpoczęcie robót dla powstać mającego Wydziału lek. we Lwowie, potrzeb zaś krakowskich nie zaspokaja się, więc obracamy się w kole błędnem, a powstanie Wydziału lek. we Lwowie da jeszcze długo na siebie czekać. Wobec zaś skromnéj sumy łożonéj przez Rząd na Wydział lekarski, jedyny dotąd w największym kraju koronnym, smutne byłyby widoki dla Wydziału krakowskiego, gdyby przed zaspokojeniem potrzeb za nagłe uznanych miano przystąpić do urządzenia drugiego w kraju Wydz. lek.

* Wielce poważany protomedyk bukowiński Dr. Karol Denarowski, rodak nasz, przeniesiony został w dobrze zasłużony stan spoczynku, a zastępstwo objął tymczasowo asystent sanitarny Dr. Tittinger.

* W Cieplicach czeskich do dnia 8-go b. m. było gości 261.

* **Wiedeń**. Stowarzyszenia kobiet wystosowały petycyję do Rady państwa o dopuszczenie kobiet do uczęszczania na wykłady lekarskie i filozoficzne w uniwersytetach austryjackich.

* **Berlin**. Tow. psychijatryczne wybrało przewodniczącym Dra Sandera, zastępcą jego prof. Mendla, a sekretarzem prof. Bernhardta.

* **Londyn**. Znakomity klinicysta sir Wilhelm Jenner porzucił praktykę i stolicę i przeniósł się na dobra swoje, gdzie zajmie się zebraniem i wydaniem pism swoich lekarskich.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wrocław.** Tajny radzca lek. prof. chirurgii Fischer podał się do dymisyi. — **Halla.** Prof. fizyjologii Bernstein wybrany został rektorem uniwersytetu. — **Lozanna.** Dr. Bourgel z Genewy mianowany został prof. terapii. — **Monachijum.** Prof. Nussbaum wyzdrowiał i objął na nowo czynności kliniczne. — **Tomsk.** Docent uniw. kijowskiego Dr. Rogowicz mianowany został prof. chirurgii.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Wincenty Józef Arnold, rodem z Ołomuńca w Morawie, Artur Baraniecki z Krzeszowic, Aleksander Cichański z Wojkowa w Galicyi i Julijan Daniel Jastrzębski z Krakowa.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. K. w L. Adres jest: Burgas, à l'office sanitaire.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dnia 21-go b. m. w gmachu kliniki chorób wewnętrznych w dawnéj sali wykładowéj kliniki chirurgicznéj p siedzenie zwyczajne, na którem: 1) odbędzie się dyskusyja nad przypadkiem przedstawionym przez kol. Buzdygana; 2) kol. Surzycki przedstawi przypadek cierpienia ogniskowego mózgu i poczyni uwagi dotyczące trudności rozpoznawczéj; 3) kol. Pieniążek będzie miał zapowiedziany odczyt

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 24 Maja 1890. Nr. 21.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. O influenzy panującej z końcem r. 1889 i początkiem 1890 we Lwowie.

Napisał
Dr. O. Widmann.

(Wykład miany na posiedzeniu Tow. Lek. 15/2 1890 r.).

Definicyja. Influenza jest to gorączka nagminna, nieżytowa, ze swoistem zajęciem układu nerwowego, dróg oddechowych, narządu trawienia. Niektórzy autorowie zaliczają influenzę do zwykłego nieżytu dróg oddechowych występującego nagminnie. Że influenza nie jest zwykłym nieżytem nagminnym dróg oddechowych, dowodzi przedewszystkiem to, że nieogranicza się ona wyłącznie do dróg oddechowych, że występuje nagle na większéj przestrzeni, szerzy się o wiele szybciéj niż zwykłe nieżyty, ma etyjologiję odmienną, wreszcie przedstawia się klinicznie jako choroba gorączkowa ogólnie zakaźna.

Nazwa. Nazwa „influenza“ pojawiła się, tak samo, jak druga nazwa téj choroby: „Grypa“, używana przeważnie we Francyi, po raz pierwszy w połowie 18 go stulecia. Bliższe szczegóły powstania tychdwu nazw nie są znane.

Historyja i epidemijologija. Influenza należy do rzędu chorób zakaźnych najdawniéj znanych. Czy panowała w czasach starożytnych, jest rzeczą wątpliwą. Najstarszy opis téj choroby znajdujemy wedle Hirscha, w roku 1175, następnie w stuleciu 14, 15, 16, 17, 18 i w naszych czasach. Niektóre z tych epidemij były pandemijami panującemi na obu półkulach, niektóre panowały tylko na jednéj lub drugiéj półkuli, inne zaś znów były ograniczone do większego lub mniejszego obszaru krajów tak półkuli zachodniéj jakoteż i wschodniéj. Niezawodnie, że w czasie panowania ogólnego zarazy, przynajmniéj w Europie, opisanego poraz pierwszy w r. 1537 a powtarzającego się kilkakrotnie, bywały i nasze okolice influenzą dotknięte, pierwszą jednak wzmiankę o wystąpieniu influenzy w Polsce znajdujemy dopiero w r. 1732 w listopadzie, drugą w r. 1781 w Wilnie w lutym, trzecią w r. 1788 w marcu w Polsce, czwartą w r. 1799 na Ukrainie, Podolu i Wołyniu w grudniu, piątą w styczniu w r. 1800 we Lwowie, w lutym tego samego roku w Warszawie, w kwietniu tego samego roku w Poznaniu, szóstą w r. 1805 we wrześniu w Wilnie, siódmą w r. 1831 w marcu w Warszawie, ósmą w r. 1833 w lutym w Brodach, a w tym samym roku w marcu w Warszawie. Od tego czasu nie znalazłem wzmianki o pojawieniu się influenzy u nas, jakkolwiek od roku tego panowało jeszcze kilka pandemij téj choroby.

Sposób szerzenia się i etyjologija ogólna. Wedle danych, jakie dotąd o influenzy posiadamy nie można twierdzić, aby choroba ta występowała peryjodycznie w pewnych okresach czasu, albo w pewnych porach roku, ani żeby się szerzyła jednostajnie w pewnym kierunku, n. p. od wschodu na zachód, albowiem ona przeskakuje często pewne okolice niejako po drodze leżące, aby się pojawić w innych odleglejszych od pierwotnego ogniska choroby. W niektórych miejscach szerzyła się bardzo szybko, w innych zaś powoli, jednak nagłe wystąpienie i gwałtowne szerzenie się jéj przeważało. Ani klimat, ani jakość pokładu ziemi nie wpływają na rozwój lub natężenie choroby, tak samo występowała w okolicach górzystych jak w dolinach lub na wyspach każdéj strefy. Również, jak dotąd, nie spostrzeżono wpływu ciśnienia powietrza i zmian z niem połączonych w cieplocie powietrza i kierunku wiatrów, ilości opadu i t. d. na silniejsze lub słabsze natężenie influenzy. Niemniéj nie daje się wykazać, aby się influenza szerzyła przez środki komunikacyjne. Przy braku bowiem w czasach dawniejszych kolei żelaznych i parowców udzielała się epidemija również szybko, robiąc skoki z miejsca na miejsce.

Przyczyna właściwa influenzy, jak dotąd, nie jest znana pomimo postępu badań bakteryjologicznych, nie wykryto bowiem właściwego jéj mikroorganizmu, któryby oraz wyjaśnił ciemną stronę szerzenia się jéj.

W każdym razie influenza jest chorobą miazmatyczną, a nie zaraźliwą, a to co i w czasach najnowszych na korzyść jéj zaraźliwości przytaczają, wcale nie jest dowodem przekonywającym.

Ważną jest rzeczą zastanowić się nad pytaniem, w jakim stosunku influenza zostaje do innych chorób zakaźnych.

Otóż niektórzy autorowie twierdzą, jakoby przez wystąpienie influenzy inne choroby panujące nagminnie przynajmniéj na czas trwania influenzy przestawały. Podają to o płonicy, zimnicy, ospie, tyfusie; niemniéj, że infuenza uspasabia do innych chorób, lub że jest zwiastunką innych epidemij. To ostatnie zdanie narobiło dość wiele wrzawy, a to głównie z powodu twierdzenia, że influenza jest zwiastunem cholery, a to na podstawie téj, że w r. 1831 influenza poprzedzała cholerę. Wedle naszych dzisiejszych wiadomości jest zdanie to wprost śmiesznem i nie warto go zbijać, albowiem wiadomo nam, że pomiędzy cholerą a influenzą jest taki związek przyczynowy, jak n. p. między ospą a odrą. Aby mylność tego rodzaju twierdzeń do reszty zbić, dość będzie przytoczyć, że w roku 1837 cholera poprzedzała influenzę i że w latach następnych, w których cholera panowała, nigdy ani przedtem ani potem influenza się nie jawiła.

Co dotyczy innych chorób nagminnie panujących, to nie widzę również najmniejszego związku wykluczającego pomiędzy niemi a influenzą. Najprawdopodobniéj rzecz się miała tak, że z wystąpieniem influenzy, która odrazu wielką ilość osób dotknęła, zdawać się mogła liczba dotkniętych innemi chorobami mniejszą. Niemało przemawia za tem ta okoliczność, że ci, którzy fakt ten podają, nie stwierdzając go liczbami, zastrzegają się niejako mówiąc: że inne epidemije przynajmniéj przez czas trwania influenzy ustawały lub się zmniejszały.

Że choroby istniejące przedtem u poszczególnych indywiduów, szczególnie chroniczne dróg oddechowych, uszu, narządu trawienia, dróg moczowych, układu nerwowego i t. p. skutkiem influenzy mogą się pogorszyć, jest rzeczą prostą i zdaje mi się, nie należy zaliczać tego do cech swoistych influenzy. To jedno możnaby może zaznaczyć, że cierpienie zwykle się pogarsza w tym narządzie, który albo sam został dotknięty influenzą lub jego najbliższy sąsiad. Chociaż i w tym kierunku zdarzają się wyjątki tak, iż nie można tego zdania uważać za stałą regułę.

Przyczyny usposabiające: wiek, stan; recydywy. Przyczyn usposabiających do nabycia influenzy nie zauważono. Nagabuje ona ludzi każdego wieku i stanu, mniéj zdaje się ludzi nie pracujących na otwartem powietrzu i dzieci. Dla podeszłego wieku jest ona bardziéj niebezpieczną chorobą.

Postacie. Wogóle rozróżniamy postacie lekkie i ciężkie influenzy a między temi, według umiejscowienia formy albo nerwowe, albo z zajęciem dróg oddechowych, albo też z objawami ze strony narządu trawienia. Pojedyncze te formy rzadko kiedy występują odosobnione, a nadto mogą się do nich przyłączyć jeszcze cierpienia innych narządów.

Forma lekka może być poronną i wystąpić pod obrazem ogólnego niedomagania, osłabienia, zajęcia głowy, nieżytu spojówek, błony śluzowéj nosa i gardziela, lekkich potów naprzemian z ziębieniem, przy braku gorączki.

Formy cięższe są już połączone z miernem podwyższeniem ciepłoty ciała, bólami głowy, odnóg i krzyżów, silniejszym nieżytem błon śluzowych.

Formy ciężkie rozpoczynają się od wybitnego dreszczu ze znacznem podwyższeniem ciepłoty ciała (41° C i wyżéj), silnego bólu głowy przeważnie w czołowéj części, następnie silnych bólów odnóg i krzyżów, które nawet w śnie przeszkadzają, ze znacznym upadkiem sił, bardzo gwałtownym nieżytem błon śluzowych, czasem wymiotami. W dalszym ciągu przystępuje do tego: kaszel napadami po kilka minut trwającemi, w czasie kaszlu czasem bezwiedne oddawanie moczu, późniéj około 4-go dnia są plwociny krwawe, lub występują krwotoki z nosa, zatkanie i ból w uszach, brak tchu wywołany szczególnie najlżejszym ruchem. Tego rodzaju objawy trwają około 6—7 dni i ustępują ze spadkiem ciepłoty. Pozostaje jednak osłabienie, często dość powolna rekonwalescencyja i skłonność do powrotów choroby.

Z objawów nerwowych, towarzyszących formie ciężkiéj influenzy, nadmienić wypada oprócz bólu głowy, odnóg i krzyżów, omdlewania, zawroty głowy, bredzenia, majaczenia, nawet obłędy chwilowe, szał, śpiączkę, podrygi i kurcze mięśni i t. p.

W formie ciężkiéj żołądkowo-kiszkowéj, która należy do form influenzy rzadszych, przeważają objawy ostrego nieżytu żołądkowo-kiszkowego, albo tylko objawy ze strony jednego lub drugiego narządu jakoto: wymioty, rozwolnienia zwykle bez morzyska. Żółtaczki nigdy nie spostrzeżono.

Jeszcze rzadziéj występują objawy nieżytowe błon śluzowych dróg moczo-płciowych, albo jako nieżyty pęcherza, albo jako białkomocz, lub jako przedwczesne, względnie wrzekome miesiączkowanie i t. p.

Taki jest ogólny obraz influenzy. Zastanawiając się nad szczegółową symptomatologiją téj choroby spostrzegaliśmy:

1) Ból głowy jako stały objaw wszystkich tak lekkich jak i ciężkich form influenzy. Ból głowy bywał zwykle bardzo silny, rozpromieniający się szczególnie w części czołowéj, w oczodołach i przewodach łzowo-nosowych. Trwał on, z większem lub mniejszem nasileniem, zwykle przez cały przebieg choroby.

2) Bóle w odnogach były albo podobne do bólów po urazach albo też były rwące, szarpiące czasem z kurczami w mięśniach połączone. Zwykle także występowały podobne bóle w krzyżach. Bóle te często występowały po ustąpieniu bólu głowy, a trwały mniéj lub więcéj przez cały czas, przynajmniéj okresu gorączkowego, choroby.

3) Gorączka. Wunderlich (*das Verhalten der Eigenwärme in Krankheiten* 1870) powiada, że tylko w ciężkich przypadkach influenzy zauważył znaczne wahania ciepłoty, i że początkowo rzadko ona się nagle podwyższa. Utrzymuje on, że w influenzy podobnie ciepłota biegnie jak w tyfusie brzusznym, jednak obraz przebiegu jéj nie jest tak stały, jak w tyfusie i nie dochodzi ona do takich wysokości. Również ubywanie gorączki jest podobnie jak w tyfusie brzusznym zwalniające (*febris remittens*), powrót jednak do stopni prawidłowych, czyli do stanu bezgorączkowego, jest szybszy w influenzy niż w tyfusie brzusznym. Natomiast zdarza się dość często w influenzy, że ciepłota doszedłszy prawie do prawidłowéj, pozostaje przez czas jakiś nad poziomem prawidłowym lub przynajmniéj wieczorem bardziéj jest podwyższoną, niż to bywa w zupełnéj rekonwalescencyi.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Przyczynek do nauki o promienicy.

Dziewięć przypadków promienicy ludzkiéj

podał
Dr. Roman Barącz,
operator we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 20).

C) *Promienica języka.*

VIII. Hinde B., lat 22, pomocnica kupiecka w kramie, ze Lwowa, przedtem zupełnie zdrowa, zauważała przed 3 ty-

godniami na końcu języka narośl wielkości grochu powoli wzrastającą. Narośl ta nie sprawiała choréj żadnych bólów i powiększyła się nieco; język nie był obrzmiałym.

Badanie w dniu zgłoszenia się choréj do mnie 12/2 1890 wykazało: dobrze odżywiona i zbudowana, o cerze zdrowéj. Na końcu języka po stronie lewéj widzieć i wymacać można narośl wielkości małego orzecha laskowego, sprężysto-twardą, nad powierzchnię języka w postaci półkuli wystającą; z powodu twardości tego obrzęku chełbotania nie wykazano. Błona śluzowa języka w miejscu tem gładka, przesuwalna. Sąsiedztwo guzka prawidłowe; zupełny brak wału zapalnego i brak obrzęku gruczołów chłonnych dotyczących.

Zęby: po stronie lewéj w górze ząb trzonowy 3-ci i ostatni zniszczone próchnieniem, pozostały z nich tylko korzenie; zresztą zęby zdrowe, białe. Na dole brak ostatniego trzonowego lewego i 1-go trzonowego prawego. Rozpoznano ropień języka prawdopodobnie promieniczy. Przy nacięciu wypłynęło kilka kropel ropy szaro-żółtéj, bezwonnéj. Jamkę wyskrobano łyżeczką ostrą i wytamponowano gazą sublimatową. W ropie schwyconéj do małéj epruwetki zobaczyłem zaraz grudkę wielkości prosa, krągłą, cytrynowo-zabarwioną, podejrzaną na promienicę. Badanie dokładniejsze wykazało w ropie tylko dwie podobne grudki; takowe poddane dokładnemu badaniu drobnowidowemu okazywały charakterystyczne kolonije grzybków promienicowych, odosobnione grzybki i pałeczki: prócz tego liczne kępki, złożone z samych nitek wężykowato pokręconych i rozgałęziających się drzewkowato; nie ulegało więc wątpliwości, że rozchodziło się o promienicę. Prof. Dr. Szpilman potwierdził w zupełności rozpoznanie, przeprowadziwszy ponowne badanie drobnowidowe.

Chora ta niema żadnéj styczności z bydłem ani też zbożem, niema zwyczaju przeliczać pieniędzy poślinionym palcem, tylko zwykła przy pakowaniu towarów odgryzać sznurek do pakowania zębami.

Mała ranka zabliźniła się w przeciągu kilku dni; dnia 26 marca powierzchowna blizna na końcu języka; dotąd (maj) powrotu choroby niema.

Promienicę języka chcę omówić nieco obszerniéj, gdyż przypadki samoistnéj promi nicy języka należą do rzadszych. W przystępnéj mi literaturze znalazłem już to dokładniejszy opis już to wzmianki o 7-miu podobnych przypadkach.

Jeden przypadek obserwował Hacker[1]) w klinice prof. Billrotha. 30-letni mężczyzna miał twardy guziczek na końcu językn, po nacięciu którego w ropie stwierdzono *actinomyces*; chory ten miał wiele do czynienia z chorem bydłem.

Przedstawiając przypadek ten w Towarzystwie lekar. wied. wspomniał Hacker, że na 6 przypadków promienicy obserwowanych w klinice Billrotha w 3 rozchodziło się o promienicę języka. Przypadków tych nie ogłoszono.

W klinice prof. Alberta na 21 przypadków promienicy w ogóle obserwowano 3 przypadki promienicy języka.

Jeden przypadek opisał Hochenegg[2]). Dotyczył on młodego wieśniaka, który zauważył od 2 miesięcy niebolesny guzek, wielkości główki od szpilki na końcu języka. Guzek rósł z razu bardzo wolno, a późniéj powiększył się bardzo szybko. Badanie wykazało na końcu języka zgrubienie, a przy omacywaniu stwierdzono twardy guz kształtu tępego klina, którego nasada znajdowała się na języku. Guz ten był wielkości czereśni, ostro odgraniczony od zdrowego miąższu języka; przybłonek języka nad guzem był prawidłowy. Utkanie guza w częściach przybrzeżnych było twarde, na szczycie wypukłości zaś sprężyste. Zęby były zdrowe z wyjątkiem 2 trzonowych spróchniałych. Punkcyja próbna wykazała *Actinomyces*. Dr. Maydl wyciął guz w postaci klina i zeszył ubytek w języku. Rana zgoiła się w 4 dniach a po 1½ roku nie nastąpił powrót choroby. Chory ten miał codzienną styczność z bydłem, a przed 2 laty znajdowała się w stajni rodziców chłopca chora krowa.

Dalsze 2 przypadki z kliniki prof. Alberta opisał Ullmann[3]).

56-letnia kobieta zauważyła od tygodnia narośl na języku, powiększającą się bez wywołania bólu. Anamneza wykazała, że przed 8-miu miesiącami miała chorą krowę, któréj zęby się chwiały; guza na szczęce krowy nie zauważała. Badanie wykazało: około 1 cm. od końca języka znajdował się obrzęk, zajmujący nawskróś miąższ języka, wielkości orzecha laskowego. Błona śluzowa języka nad guzem była fioletowo zabarwioną, a brodawki zanikłe; konsystencyja guzka od spodu twarda, od strony grzbietowéj zaś chełbotanie. Na podstawie klinicznych objawów rozpoznano promienicę języka, co potwierdziło badanie drobnowidowe ropy wyciśniętéj z małéj przetoki od strony grzbietowéj języka. Prawy policzek był zajęty guzkami wilka żrącego na szerokości dłoni, pod prawym brzegiem szczęki dolnéj gruczoł chłonny powiększony do wielkości orzecha laskowego. Wycięcie guzka w postaci klina (Ullmann), szew· wyłuszczenie gruczołu podszczękowego powiększonego celem zbadania. Wyleczenie; w gruczole wyciętym brak *actinomyces*.

54-letni mężczyzna od 4 tygodni zauważył małą narośl na końcu języka. Takowa wzrosła bez bólu w przeciągu kilku dni do wielkości jaja gołębiego, była z początku twardą, a w ostatnich kilku dniach rozmiękła. Chory ma 2 krowy zdrowe, nie ma zwyczaju żuć kłosów. Prawą połowę języka, począwszy na 1 cm. od końca tegoż, zajmował guz twardy wielkości jaja gołębiego, sięgający daleko ku tyłowi aż do podstawy języka. Brak chełbotania, błona śluzowa nad guzem wszędzie prawidłowa; 2 gruczoły chłonne pod kątem szczęki dolnéj powiększone, twarde. Rozpoznanie promienicy języka stwierdziła w zupełności punkcyja próbna. Ponieważ obrzęk sięgał daleko ku tyłowi, obawiał się autor infekcyi przy nacięciu ropnia i zdecydował się na połowicze wycięcie języka. Po ustaleniu języka za pomocą przeprowadzonéj nici podwiązano odpowiednią tętnicę językową za pomocą cięcia Lückego, rozszerzono ranę ku wewnątrz, przecięto dno jamy ustnéj, wydobyto język przez ranę i amputowano całą prawą połowę tegoż za pomocą termokauteru Paquelina. Szew dna jamy ustnéj, dren; wyleczenie w 10-ciu dniach. Naciekłe gruczoły podszczękowe pozostawiono; takowe przyszły do stanu prawidłowego w przeciągu tygodnia. Chory pozostał trwale wyleczonym

Najciekawszy przypadek promienicy języka opisał Maydl[1]), który obserwował 2 podobne przypadki[2]). Pewien lekarz powiatowy z Galicyi przy oględzinach bydła w lipcu 1887 przekładał kartki poślinionym wielkim palcem ręki prawéj. Wkrótce potem zauważył w linii środkowéj języka kilka bolesnych rozpadlin, a wkrótce potem pomiędzy niemi rozwijającą się narośl wielkości grochu, wskutek czego brodawki języka w tem miejscu zanikły. Narośl ta wzrastała, nie wywołując bólu, a badający ją koledzy brali ją jedni za nowotwór kilakowy, inni za nowotwór rakowy. Maydl, do którego lekarz ten u ał się o poradę w 2 miesiące po powstaniu pierwszych objawów choroby, zauważył w odległości 2 cm. od końca języka prawidłowéj wielkości kilka podłużnych rozpadlin (*Rhagaden*), a prócz tego guz w miąższu języka wielkości fasoli, pokryty tak na grzbiecie jak na podstawie języka prawidłową błoną śluzową. Sąsiedztwo guza prawidłowe, brak wału twardego, brak powiększenia gruczołów chłonnych podszczękowych. Maydl rozpoznał ropień prawdopodobnie promieniczy. Ropień naciął, wyciął ściany jego w częściach zdrowych i zeszył, przyczem wypróżniono około 1 cm. sześcienny ropy gęstéj, szarożółtéj bez właściwéj woni z domieszką mnóstwa zielonawo-żółtych zbitych grudek wielkości maku, które okazały się jako *actinomyces*. Rana zgoiła się w 4 dniach.

Przypadek Magnussena[3]) nie należy ściśle rzecz biorąc do promienicy samoistnéj języka; ognisko promienicze miało wyjść z języka i posunąć się na okolicę podszczękową. Po otwarciu ropnia okolicy podszczękowéj i stosowaniu wstrzykiwań z rozczynu kwasu borowego w okolicę podszczękową i język, nastąpiło szybkie polepszenie. W przy-

[1]) *Wien. med. Woch.*, 1885, Nr. 17, S. 530; *Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Aerzte Protokoll* vom 17 April 1885. — [2]) *Wien. med. Presse*, 1887, Nr. 16, S. 533—540. — [3]) *Wien. med. Presse* 1888 Nr. 50, S. 1813 i 1815.

[1]) *Internationale klin. Rundschau* 1889, Nr. 42 i 43. — [2]) Historyję przypadku pierwszego Maydla podano wyżéj. — [3]) Lorenzo Magnussen: *Inauguraldissertat.* Kiel 1885 S. 9.

padku Alberta Königa[1]) wystąpiły ropnie promienicowe w języku jako sprawa przerzutowa obok mnóstwa innych ognisk promieniczych w ustroju. Włącznie z moim przypadkiem znanychby zatem było 8 przypadków promienicy samoistnéj języka; z tych 2 pochodzi z Galicyi: przypadek Maydla i mój przypadek.

Promienica języka objawia się na podstawie powyżéj przytoczonych krótkich historyj chorób znanych przypadków w postaci guzka ostro odgraniczonego od reszty języka od wielkości ziarna grochu do wielkości jaja gołębiego, przyczem błona śluzowa języka nie przedstawia żadnych zmian. Guzki takie występują zazwyczaj na końcu lub blisko końca języka, są mało bolesne i powiększają się zrazu bardzo wolno, następnie szybciéj; konsystencyja ich jest zrazu bardzo znaczna, są one twardo sprężyste; dopiero gdy guzek przybierze znaczniejsze rozmiary, wyczuć można w środku tegoż chełbotanie. Barwa błony śluzowéj języka nad guzkami jest zazwyczaj prawidłowa; tylko w jednym przypadku (przypadek 2-gi z kliniki Alberta) zauważano fioletowe zabarwienie téjże. Miąższ języka w sąsiedztwie guzka nie przedstawia żadnych zmian chorobowych, wału zapalnego charakterystycznego dla promienicy innych okolic ciała, osobliwie okolicy szczękowéj, nigdy nie zauważano; nigdy też (z wyjątkiem przypadku Magnussena) nie zauważano promienicy języka w postaci ropnia rozlanego bez wyraźnych granic, zajmującego znaczniejszą część lub cały język.

Co do rozróżnienia, to promienicę języka, jakto słusznie zauważył Maydl, możnaby najprędzéj uważać za kilaka języka; daty anamnestyczne jednak wkrótce naprowadzić mogą na prawdziwe rozpoznanie. Prócz tego możnaby wziąść sprawę promieniczą za zwykły ropień; tu jedynie punkcyja próbna lub nacięcie i badanie drobnowidowe wypróżnionéj ropy może rozstrzygnąć. To samo dotyczy torbieli zastoinowych i bąblowca języka. Chrzęstniaki i włókniaki odznaczają się znaczną twardością, tłuszczaki należą do wielkich rzadkości. Rak języka występuje także pierwotnie w postaci guzka, jednak wkrótce przychodzi tu do charakterystycznego owrzodzenia. Gruźlica języka występuje bardzo rzadko w postaci twardych guzków; najczęściéj rozwija się ona na błonie śluzowéj w postaci powierzchownych charakterystycznych owrzodzeń; tutaj dokładne badanie chorego i daty anamnestyczne łatwo naprowadzić mogą na prawdziwe rozpoznanie. Sposób rozwoju guzków promieniczych jest dosyć szybki; w przypadkach dotąd obserwowanych od wystąpienia pierwszych objawów choroby aż do czasu zgłoszenia się chorych o poradę upłynęło zazwyczaj od 2-ch tygodni do 2-ch miesięcy (przypadki Maydla), w moim przypadku 3 tygodnie. (Dok. nast.)

III. Przyczynek sądowo-lekarski do kwestyi nerwic urazowych.

Podał
prof. Dr. Blumenstok.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18.)

Zastanówmy się więc nad temi poszczególnemi okolicznościami, lekarza sądowego głównie obchodzącemi.

Co do 1 éj: Śmiało powiedzieć można, że żaden stan chorobowy nie wymaga tak długiéj obserwacyi jak nerwice urazowe. Dotąd głównie dwa stany chorobowe przedstawiały trudności w praktyce sądowéj, a mianowicie: psychoza urazowa i zapalenie ócz wędrujące czyli współczulne, albowiem wiadomą jest rzeczą, że po obrażeniu głowy, nawet na pozór nieznacznem, po pewnym upływie czasu, najprędzéj po miesiącach, rozwinąć się może psychoza najczęściéj nieuleczna, jako też, że po obrażeniu jednego oka w pewnych razach może, czasem dopiero po upływie kilku lat, pojawić się zapalenie ciężkie drugiego oka nieuszkodzonego. Z przypadkami takiemi spotyka się lekarz sądowy przed sądem karnym, a choć z rokowaniem, a tem samem z ostatecznem orzeczeniem zwleka aż do rozprawy, to przecie najczęściéj i wśród niéj nie jest w stanie oświadczyć stanowczo, czy już wybuchła lub z pewnością wybuchnie psychoza, a względnie zapalenie oka nieuszkodzonego. Teraz przybywa nam choroba, pod względem rokowania, a tem samem i orzeczenia, nierównie większe jeszcze przedstawiająca trudności od tamtych, o ile ta choroba zdarza się częściéj, a bieg jéj niezawodnie jest powolniejszy; podobną zaś jest do tamtych pod tym względem, że bezpośrednio po urazie człowiek może się mieć względnie dobrze, podczas gdy objawy zwiastujące ciężkie następstwa dopiero po upływie tygodni lub miesięcy występować mogą. Na szczęście z nerwicami urazowemi spotykamy się częściéj przed sądem cywilnym, aniżeli karnym. Rzadziéj bowiem zachodzi potrzeba pociągnięcia do odpowiedzialności służby kolejowéj za jakieś przewinienie lub przeoczenie, które stało się powodem katastrofy, a w takim razie lekarz badający poszkodowanych szybko uporać się musi, aby śledztwo nie trwało zbyt długo, a wtedy sprawdzając i oceniając stan obecny orzeka na podstawie tego, najczęściéj jednorazowego badania, co najwięcéj zastrzegając się, że w przyszłości mogą wystąpić inne jeszcze objawy chorobowe i pozostawiając dalszą decyzyję sądowi. Inaczéj się ma rzecz, jeżeli rzecz toczy się przed sądem cywilnym, jeżeli poszkodowany, występujący z pretensyją przeciw towarzystwu kolejowemu, przeprowadza t. zw. dowód ku wiecznéj pamięci, jako podstawę dalszego procesu cywilnego. Wtedy nikomu na pośpiechu tak dalece nie zależy, a wiadomo, że takie procesy cywilne trwają przez długie lata. Wtedy i lekarz sądowy spieszyć się nie potrzebuje; przeciwnie może badać wielokrotnie i w dość długich odstępach czasu, może żądać pomocy lekarzy specyjalistów, jeżeli tego poszkodowany nie czyni z własnéj inicyjatywy; słowem, podczas gdy z początku byłby zmuszony oprzeć swoje zdanie na objawach podmiotowych lub posądzić badanego o symulacyję, może doczekać się wśród biegu choroby wystąpienia objawów przedmiotowych i nabyć pewności o istnieniu u badanego choroby rzeczywistéj.

Co do 2-iéj: Kwestyja symulacyi odgrywała dawniéj ważną rolę w praktyce sądowéj. Dawniejsi autorowie sądowo-lekarscy widmo jéj ciągle mieli przed oczyma, nietylko każdego o czyn karygodny obwinionego podejrzywając o udawanie, ale i ludzi, którzy się czynów nieprawych wcale nie dopuszczali, którym jednak zależało na wzbudzaniu litości publicznéj, jak n. p. żebraków lub takich, którzy usuwali się od jakiegoś obowiązku, i nie tylko podawali rady i przepisy obszerne, jak lekarz sądowy ma zwalczać udawanie — ale w gorliwości przesadnéj przedstawiali symulantów jako plagę publiczną, przeciw któréj całe społeczeństwo oddziaływać powinno. Późniejsi autorowie poprzestawali na wyliczaniu pewnego szeregu chorób, które według ich doświadczenia najczęściéj bywają udawane i na podaniu środków służyć mających do wykrycia symulacyi, choćby nawet bolesnych i wprost nieludzkich. W ostatnich czasach w miarę coraz większego postępu nauk lekarskich, a tem samem i sposobów badawczych, wychodząc z zapatrywania słusznego, że częstość symulacyi stoi w odwrotnym stosunku do postępu nauki, zaczęli coraz

[1]) Albert König: *Inauguraldissertat.* Berlin 1889.

mniéj przywiązywać wagi do sprawy udawania, pozostając w téj mierze w zgodzie z doświadczeniem lekarzy sądowych, którzy nader rzadko w praktyce ze symulantami się spotykają. Sprawa ta atoli nabiera znów pewnego znaczenia, odkąd t. zw. nerwice urazowe weszły na porządek dzienny, a głównie odkąd ustawodawstwo nałożyło na towarzystwa kolejowe obowiązek odszkodowania osób, które wśród jazdy doznały nadwerężenia zdrowia. Jeżeli osoby te zazwyczaj występują z przesadnemi pretensyjami pieniężnemi, wnosząc zapewne, że wobec rzeczywistego lub domniemanego bogactwa towarzystwa kolejowego wypada podnieść także wartość własnego zdrowia, a względnie poniesionego szwanku, to podejrzywać wypada, że albo cierpienie udają, lub rzeczywiste dolegliwości mocno przesadzają, aby skutek zamierzony tem pewniéj osiągnąć. Wprawdzie lekarz sądowy powinien być wolny od uprzedzenia z góry powziętego i przypuszczać udawanie lub przesadę tylko tam, gdzie wszystkie okoliczności za tem przemawiają, ale przyznać trzeba także, że dolegliwości, na które osoby te najczęściéj się uskarżają, są zrazu przynajmniéj dla lekarza tak nieuchwytne, że za złe brać mu nie można, jeżeli staje się podejrzliwym w przypadku, gdy się rozchodzi o większą pretensyję pieniężną. Wprawdzie powiada Strümpell (l. c.), że „pozostając w zgodzie „z innymi neuropatologami wyrazić musi swoje przekonanie, „że udawanie w tych stanach wcale nie jest tak częstem, „jak to sądzą niektórzy lekarze; obraz bowiem wybitnéj „nerwicy urazowéj jest tak szczególny i charakterystyczny, „że trudno przypuścić możność symulacyi; byłoby to rzeczą „przecie dziwną, aby chorzy w Berlinie, Lipsku, Erlandze „i w innych miejscach mieli dokładnie w ten sam sposób „i rzekomo kreślić swoje dolegliwości. Szczególniéj przy „nieco dłuższéj obserwacyi szpitalnéj zawsze pra„wie rzeczą staje się łatwą wydawać orzeczenie całkiem sta„nowcze.“ W zasadzie zgadzamy się z tem zdaniem, a mianowicie, że wobec wybitnéj nerwicy i przy dłuższéj obserwacyi szpitalnéj orzeczenie nie powinno być wątpliwem. Temu też zapatrywaniu daliśmy wyraz w orzeczeniu poniżéj podać się mającem; ale właśnie przy téj sposobności przekonaliśmy się, że zdanie to może mieć znaczenie wobec niższéj warstwy ludności, ale nie koniecznie u ludzi do inteligencyi się zaliczających. Ostatni bowiem radząc się u rozmaitych specyjalistów dowiadują się z ich pytań, o co się głównie rozchodzi, nadto znajdują przystęp do literatury lekarskiéj i wiedzą o każdym prawie przypadku, ogłoszonym w jakiemkolwiek czasopiśmie lekarskiem, sprowadzają sobie odnośne zeszyty lub numery, a w ostatnich czasach rozprawy właśnie Strümpella, Oppenheima itd. częściéj może w ich rękach napotykać można, aniżeli u lekarzy. Nic tedy dla nich łatwiejszego, niż wytaczać ciągle i jednosłownie żale swoje z powodu ogólnego osłabienia, przytępienia pamięci, zmysłów itd., żale, których, jako czysto podmiotowych, lekarz sprawdzać nie może; mogą te dolegliwości składać się na obraz nerwicy urazowéj, z czego jednak nie wynika jeszcze, aby były rzeczywistemi, bo mogą być i udanemi, a wobec tegoczesnych środków komunikacyjnych, a głównie wobec łatwości szybkiego otrzymywania pism i odbitek nie tylko odległości takie, jak między Erlangą i Berlinem, ale nierównie większe, najmniejszego nie mają znaczenia. Podejrzywanie ze strony lekarzy sądowych jest więc całkiem uzasadnione, zwłaszcza, że nie zawsze mamy do czynienia z nerwicą wybitną, a nigdy prawie nie ma mowy o obserwacyi szpitalnéj. Ale jak skoro występują pewne objawy przedmiotowe, które do nerwicy odnieść można, wtedy, choć nawet nerwica jeszcze nie jest wybitną i choć się nie ma sposobności obserwowania badanego w szpitalu lub klinice, wtedy podejrzliwość lekarza sądowego ustąpić powinna, bo pod tym względem całkiem słusznem jest zdanie Strümpella, że w takich razach trudno pojąć, dlaczegoby badany miał udawać dolegliwości podmiotowe.

Vibert (l. c. str. 52—54) poświęca osobny ustęp symulacyi i eksageracyi. Jakkolwiek zdaniem jego udawanie objawów niektórych jest wprost niemożliwe (jak np. drganie warg, mięśni twarzowych, rąk, małość, słabość i nieprawidłowość tętna), innych zaś trudne (rozpacz, smutek, płacz), to jednak radzi lekarzowi sądowemu być ostrożnym, aby nie był oszukiwanym. Ale jakaż jego rada? Otóż aby lekarz sądowy nie zadawał badanemu pytań, które go naprowadzają na pewne dolegliwości, których może nie cierpi; tak np. czy pamięć pańska jest osłabioną, czy myśli zamącone, czy stałeś się pan drażliwym, gniewnym i t. d. Rada ta jest słuszną wobec ludzi nieinteligentnych, ale całkiem bezskuteczną u ludzi, którzy poprzednio już wyrozumieli lekarzy specyjalistów, których rady wielokrotnie zasięgali, lub którzy z pism lub broszur zapoznali się z głównemi objawami; tacy przychodzą do sądu z zapasem wiedzy, dla nich obojętna jest forma pytań, bo sami wiedzą, na co mają się użalać. Jeżeli zaś powiada Vibert, że objawy podmiotowe nigdy nie dochodzą do znacznéj wysokości, żeby równocześnie nie występowały objawy przedmiotowe, łatwo sprawdzić się dające, że więc ma się prawo podejrzywania przesady, jeżeli istnieje uderzająca dysproporcyja pomiędzy obydwoma szeregami objawów, to okoliczność ta byłaby rzeczywiście dla lekarza sądowego wskazówką bardzo ważną, gdyby się tak miała w istocie. Niestety ma ona się inaczéj: objawy podmiotowe przez długi czas utrzymywać się mogą bez uchwytnego objawu przedmiotowego, a mimo to nie mamy jeszcze prawa uznać badanego za symulanta lub cierpienie swoje przesadzającego. Z tego wynika, że zadanie lekarza sądowego w téj mierze jest trudnem, a jedyną radą, któréj mu udzielić można, jest, aby starał się wstrzymać się z orzeczeniem stanowczem aż do sprawdzenia ważniejszego objawu przedmiotowego, a zwlekanie, jak wspomnieliśmy, często jest możebnem w sprawach cywilnych. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Dr. G. Liebig (Monachijum): **Choroba górska** (*Bergkrankheit*).

Ludzie, którzy się rodzą, wychowują i żyją w krajach górzystych, przyzwyczajeni do powietrza rozrzedzonego tych okolic, nie czują żadnych dolegliwości cielesnych wśród gór przebywając. Jeżeli jednak mieszkaniec płaszczyzn nagle na pewien czas przesiedli się w góry o wysokości 3000—5000 metrów, lub stara się dosięgnąć szczytu wysokich skał, doznaje pewnych zboczeń chorobowych tak długo, aż organizm jego do zmienionych stosunków klimatycznych się nie przyzwyczai. Suma objawiających się zboczeń tego stanu przejściowego zwie się chorobą górską. Jeżeli się znajdujemy wyżéj nad 3000 metrów, spostrzegamy najpierw częstsze uderzenie tętna i wzmożoną ilość oddechów; gdy pójdziemy wyżéj, pojawia się osłabienie wszystkich mięśni, żyły powierzchowne nabrzmiewają, twarz przybiera barwę fijoletową, przychodzi do bólu głowy, wymiotów i krwotoków. Najbardziéj jednak męczącym objawem jest bezdech, o niedostatecznem utlenianiu się krwi świadczący. Objawy te występują bardzo silnie, jeżeli wspinamy się na znane z wysokości swéj szczyty, doznaje je jednakowoż w mniejszym stopniu mieszkaniec dolin,

jeżeli przeniesie się w miejscowości wysoko położone. Osłabienie mięśniowe, ból głowy, nudności, osłabienie pamięci, oto zwykle objawy choroby górskiéj. Jaki wpływ wywiera powietrze rozrzedzone na oddychanie? Paweł Bert udowodnił na psach, że hemoglobina krwi w takiem powietrzu znacznie mniejszą ilość tlenu przyjmuje z powodu mniejszéj ekspanzyi płuca w powietrzu mniéj prężnem. Ilość oddechów w jednostce czasu musi być więc większą. Prócz tego przychodzi do dysproporcyi między wdechem i wydechem. Głębokość wdechu zależy przeważnie od zgęszczenia, a zatem i prężności wdychanego powietrza, wydech zaś od mechanicznéj elastyczności i skurczliwości tkanki płucnéj, jako też od wielkości oporu, jaki prężność powietrza w płucach się znajdującego stawia. W atmosferze rzadkiéj wdechy więc będą niezupełne, wydechy zaś silniejsze, bo opór powietrza wewnątrz płuc mniejszy, a zatem elastyczność płuc większa, ztąd brak powietrza i duszność. Wielu też turystów, którzy wdrapywali się na szczyt Mont-Blanc, zauważyli trudność wdechu, a lekkość wydechu. Objawy inne, jak osłabienie mięśniowe, ból głowy, nudności itd. są tylko dalszym ciągiem i wynikiem niedostatecznego utleniania krwi. Na czem polega, że objawy te po pewnym czasie, po przyzwyczajeniu się, jak powiadamy, ustępują? Ażeby przezwyciężyć większą skurczliwość płuc w powietrzu rzadkiem, trzeba oddechać powoléj a głębiéj, a zatem większéj użyć siły mięśniowéj. Mięśnie oddechowe więc powoli na sile przybierają i dysproporcyja między wdechem i wydechem staje się coraz mniejszą, aż ginie zupełnie. Staje się to zupełnie bezwiednie, instynktowo. Mieszkańcy płaszczyzn więc muszą się uczyć oddychać w górach, górale zaś od dziecka do tego rodzaju oddechu wprawieni, na chorobę górską nie zapadają. (*Wien. med. Blätter* 1890, Nr. 17, 18).

Prof. Charcot. (Paryż.) **Choroba Morvana.**

Morvan z Bretanii opisał pierwszy w r. 1883 chorobę przedstawiającą się jako znieczulenie, następnie zbezkształtnienie i zniszczenie palców ręki po *panaritium*, a cierpienie to nazwał porażeniem analgetycznem. Niektórzy autorowie nadają mu nazwę *Syringomyelitis*, lecz błędnie, bo aczkolwiek ostatnia choroba bardzo wiele do cierpienia Morvana ma podobieństwa, to przecież pod względem anatomicznem znacznie się od niego różni. Zniszczenie palców ręki wywołuje jeszcze *Sclerodermia dactylica*, *Lepra anaesthetica* i choroba Raynauda.

Sclerodermia dactylica występuje symetrycznie na obu rękach w ten sposób, iż wskutek skurczenia się skóry, przychodzi do resorbcyi i zaniku falang górnych, przyczem paznogieć zamienia się na kawałek zgrubiałego rogu. Cierpienie to postępuje chronicznie całe lata bez bólów a prócz tego towarzyszy mu charakterystyczny wyraz twarzy, który Alibert do oblicza skamieniałéj z żalu Nioby porównywa.

W *Lepra anaesthetica* odpadają skutkiem głębokich owrzodzeń całe palce. Usadowia i rozpościera się ona także i na innych częściach ciała. Na kończynach górnych charakterystyczne są guzy w przebiegu nerwów występujące jakoteż plamy znane pod nazwą morphea.

Choroba Raynauda wymagałaby zupełnie odrębnego i obszernego opisu, dlatego Charcot nie wdając się w rozróżnienie przystępuje wprost do opisu choroby Morvana. Do tego lekarza, który mówiąc nawiasem pierwszy także spostrzegł i opisał *myxoedema* czyli *cachexia pachydermica*, zgłosił się wieśniak z *panaritium*. Opowiadał on, że najpierw stracił w palcu zupełnie czucie, a późniéj przyszło do ropienia. Morvan operując zdziwił się, że operowany nie czuł najmniejszego bolu w chorobie zazwyczaj tak bolesnéj. Wkrótce zdarzyło mu się więcéj takich przypadków widzieć. Znieczulenie to obejmuje często całe przedramię. *Panaritia* występujące mają tę własność, iż rozprzestrzeniając się sprowadzają głębokie owrzodzenia, które do zbezkształtnień palców prowadzą. W ciągu kilku lat owrzodzenia mogą objąć wszystkie palce rąk, jak to się zdarzyło w przypadku Proufa.

Rokowanie jest stanowczo złe. Z czasem ludzie tacy stają się zupełnemi kalekami, nie mogąc kończyny do pracy użyć, prócz tego sprawy septyczne mogą sprowadzić śmierć. Gambault znalazł w przypadku śmiertelnym rozsianą sklerozę w części szyjnéj rdzenia pacierzowego. Że cierpienie to ma także podstawę troficzną, nie ulega zdaje się żadnéj wątpliwości. (*Wr. med. Wschft.* 1890 Nr. 11, 12).

Dr. Mendelsburg.

Grossmann (Wiedeń): **Przyczynki doświadczalne do nauki o ostrym ogólnym obrzęku płuc.**

Prof. Basch wykazał, że obecne zapatrywania o przyczynie duszności w obrzęku płucnym są mylne i tak według jednych przyczyna duszności leży w przesączynie, która się nagromadza w płucu przepełnionem krwią i obrzękłem, podczas gdy drudzy szukają przyczyny w tem, że wskutek zastoiny naczynia włosowate rozszerzają się, przez co zmniejsza się pojemność pęcherzyków. Nie możemy przypuszczać, jakoby przesączyna była przyczyną duszności, ponieważ ilość jéj w porównaniu do duszności jest niekiedy bardzo mała. Wskutek zastoiny krwi nie zmniejsza się pojemność pęcherzyków płucnych, lecz powiększa się. ale ściany pęcherzyków stają się niepodatnemi, ich rozciągliwość staje się mniejszą, wytwarza się stan nabrzmienia (*Lungenschwellung*) i stężenia płuc (*Lungenstarrheit*) i w tem należy szukać przyczyny przeszkody w oddychaniu. Doświadczenia, które czynił G., miały na celu kontrolować powyższe wyniki a rezultaty doświadczeń G. zgadzają się w zupełności z tem, co prof. B. znalazł i dają się streścić w tych słowach, że zastój krwi, prowadząc do obrzmienia i stężenia płuc, wywoływa duszność bez poprzedniego sprowadzenia przesączyny. (*Wien. med. Woch.* 1889, Nr. 15).

Paweł Loye (Paryż): **O śmierci przez odcięcie głowy.**

Porównywając doświadczenia na zwierzętach z spostrzeżeniami na człowieku, dochodzi L. do następujących wyników: po odcięciu głowy psu widać ruchy głowy i kadłuba przez przeszło dwie minuty; człowiek pozostaje najczęściéj w obu częściach nieruchomym. Śmierć następuje po dekapitacyi częścią przez uduszenie (skrwawienie), częścią przez porażenie nerwów (*shok, inhibitio*). U psa przeważają objawy wywołane przez uduszenie, u człowieka objawy wstrząsu. Jako przyczynę téj podstawowéj różnicy przypuszcza L. różnicę w topografii węzła życiowego u psa i człowieka, mianowicei taką, że węzeł ten u człowieka jest rozleglejszy, niż u psa, u którego leży bardzo wysoko tak, że dopiero cięcie w wysokości guza potylicznego na węzeł napotyka, w takim razie także u psa nie porusza się głowa i kadłub. Ze w pewnych przypadkach u człowieka nie następuje natychmiastowy spokój, sprawia to większa ilość krwi w głowie pozostałéj, utrzymującéj jeszcze przez krótki czas żywotność ośrodków. Przez wstrzyknięcie krwi tętniczéj do mózgu odciętéj głowy można uczynić występujące po dekapitacyi ruchy żywszemi i dłużéj trwającemi, ale nie można wywołać dobrowolnych ruchów. Stężenie pośmiertne występuje wcześniéj w głowie niż w kadłubie, ciepłota opada w głowie prędzéj, niż w kadłubie. Rana cięcia na szyi jest z powodu niejednostajnéj kurczliwości tkanek nierówną. Z powodu zmiany w stosunkach parcia wnika po odcięciu głowy powietrze do przestworu podpajęczego; także naczynia zawierają powietrze. Płuca okazują wynaczynionki, zresztą są ubogie w krew; zwierzęta ochłodzone okazują się po dekapitacyi płuca przekrwione. Serce jest małe, twarde; krew w niem skąpa, skrzepła, niekiedy powietrzem spieniona. W sercu nigdy nie znalazł wynaczynionek. Serce ulega stężeniu znacznie wcześniéj niż reszta mięśni. Reszta narządów przedstawia niedokrewność. Pod względem sądowo-lekarskim podnosi L., że u człowieka wtedy, gdy tylko części miękkie szyi zostały przecięte, następuje śmierć przez uduszenie. Ponieważ serce jeszcze przez czas jakiś po odcięciu głowy bije, przeto na ustanie czynności serca nie należy czekać jako na objaw nastałéj śmierci. Odcięta głowa nie przedstawia najmniejszego śladu życia psychicznego. Niekiedy spostrzegane ruchy mięśni twarzy są odruchowe, należy więc przypuścić natychmiastowe ustanie świadomości po dekapitacyi. To zniszczenie życia jest także trwałem. Ten rodzaj śmierci posiada najwięcéj wszystkie potrzebne kryteryja do prawnéj kary śmierci. (*W. k. W.*, 1889, Nr. 44).

Farmakologija.

Paweł Guttmann (Berlin): **O hydracetynie.**

G. czynił doświadczenia lecznicze za pomocą acetylfenylhydracyny. Pyrodyna jest mieszaniną różnych ciał, między któremi acetylfenylhydracyna jest jedynie skutecznym składnikiem. Jestto proszek biały, krystaliczny, bez woni i bez smaku, rozpuszczalny w wodzie w stosunku 1:50, łatwo rozpuszcza się w wyskoku. Króliki, którym wstrzyknięto $^1/_2$ gr, rozpuszczone w 25 gr. wody, do żołądka, a względnie do jamy brzusznéj, ginęły po jednym dniu. Oględziny pośmiertne wykazywały brunatno-czerwone, w zielone wpadające zabarwienie wewnętrznych narządów, szczególnie nerek, wątroby, śledziony i płuc. Także krew miała barwę zmienioną. Pęcherz moczowy zawierał płyn brudny, brunatno-czerwony, wykazujący znaczną ilość barwika krwi. We krwi luźne wytwory rozpadowe ciałek krwi, podobnie w wątrobie. Bezpośrednie działanie hydracetyny na krew pod drobnowidem sprawiało rozpad ciałek krwi. Działanie to polega na odtleniającéj własności hydracetyny. Doświadczał tego środka u 18-tu chorych silnie gorączkujących, mianowicie w ośmiu przypadkach duru brzusznego, w trzech przypadkach suchot płucnych, w dwóch zapalenia płuc, w dwóch płonicy, a po jednym róży, ostréj gruźlicy prosówkowéj i posocznicy. Dawka wahała się między 5 a 20 ctgr. Gorączka opadała najczęściéj o $1^1/_2$—2°, na najniższym stopniu pozostawała tylko krótki czas, a po 3—4-ch godzinach wracała do pierwotnéj wysokości. Obniżenie gorączki następuje wśród znacznych potów, jak przy wszystkich lekach, obniżających szybko gorączkę. Równocześnie zmniejsza się ilość tętna i oddechów, jeżeli ostatnia tylko wskutek gorączki była podwyższoną. G. używał hydracetyny w ostrym wielokrotnym gośćcu stawowym i zawsze działanie ból kojące było wybitne, a z zmniejszeniem się bólów stawała się także łatwiejszą ruchomość w stawach; również działała hydracetyna w rwie kulszowéj. Przeciwgorączkowe i ból kojące działanie hydracetyny stoi w związku z jego silnie odtleniającemi własnościami; odtlenia ona szybko wiele połączeń soli metalicznych. Z powodu tych silnie odtleniających własności, jakie posiada chrysorabina (kw. pyrogallusowy) zastosowano ją w łuszczycy, a w jednym przypadku już po 7-iu natarciach 10-cio-procentową maścią w przeciągu 7-iu dni ustąpiły zmiany. Hydracetyna do wewnętrznego użytku godną jest próby; po częstszem zastosowaniu jednak mogą wystąpić objawy zatrucia. W celach leczniczych poleca G. *pro die* nie więcéj, niż 0·1 dla dorosłych i to nie dłużéj, niż przez 3 dni, poczem przez kilka dni przerwa. *(Berl. kl. Woch.*, 1889, Nr. 41).

Dr. Baschkopf.

Loewenmayer. (Berlin). **Działanie kodeiny.**

Kodeina jestto narkotyk w działaniu swem zupełnie do morfiny podobny, tylko mniéj silny. Szkodliwych jednak ubocznych skutków nie posiada. Działała zupełnie skutecznie i zadowalająco w bolesnych cierpieniach brzucha, jak w kolce, newralgii żołądka itd.; uśmierzała takie boleści w przebiegu raka trzew. Na 100 przypadków morfina nie zawodzi 90 do 95, kodeina tylko 50 do 60, ale zato organizm nie przyzwyczaja się do niéj, nie sprowadza euforyi, a co za tém idzie, nie jest przyczyną „kodeinizmu“. Właściwość ta umożebnia podawanie kodeiny przez czas dłuższy bez obawy nieprzyjemnych ubocznych skutków. Także boleści podczas trwania chorób narządu moczo-płciowego znacznie łagodzi. Skuteczne jéj działanie występuje najdobitniéj jednak w przebiegu chorób płucnych. W suchotach, a mianowicie w kaszlu suchotniczym, morfinę zupełnie zastąpić może. W innych cierpieniach płucnych, jak w nieżycie oskrzeli, w zapaleniu opłucny i w dusznicy zupełnie zaufać jéj możemy. W chorobach nerwowych podawanie jéj mniéj zadawała, a przedewszystkiem w przypadkach chorobowych bolesnych, które na zmianach organicznych mózgu, rdzenia pacierzowego lub ich błon polegają, kodeina często zawodzi. W rozdrażnieniu nerwowém i bezsenności można było zauważyć kojącą i nasenną wartość tego leku. Niemałą rolę odgrywa kodeina także w usiłowaniach leczniczych w celu odzwyczajenia się od morfiny. Dawka przeciętna na jeden raz wynosi 0·03 do 0·05 trzy razy na dzień. Jeżeli ilość ta odrazu nie skutkuje, to możemy być pewni, że i podwyższenie dawki nie na wiele się przyda. *(Brl. kl. Wschft.* 1890, Nr. 18).

Choroby wewnętrzne.

Docent Rosenheim (Berlin). **O niektórych rzadkich komplikacyjach wrzodu okrągłego żołądka.**

Do rzadkich a bardzo ważnych chorób łączących się i powstających wskutek wrzodu okrągłego żołądka należy rak tegoż i złośliwa bezkrwistość (*anaemia progressiva perniciosa*). Rosenheim w klinice prof. Senatora leczył kobietę z wrzodem żołądka, do którego obydwa wyż wzmiankowane cierpienia się przyłączyły. Badanie krwi za życia, jakoteż pośmiertna sekcyja stwierdziły w zupełności rozpoznanie. W jaki sposób powstaje rak? Wrzód z brzegów swoich ma dążność zabliźniania się przez znaczną produkcyję komórek wyścielających przewody gruczołowe. Proliferacyja ta staje się jednak nadmiarowo bujną i przybiera ostatecznie charakter złośliwy. Nie mamy więc tutaj do czynienia z dwoma procesami patologicznemi, równoczesnemi, lecz z czynnością następową z pierwszéj wypływającą. Już Lebert zwraca uwagę ze stanowiska klinicznego na łatwe przejście wrzodu okrągłego w raka, Leube i Ewald wspominają także o tem w swoich podręcznikach. Łączenie się tych dwóch cierpień dziwnem na pozór się wydać musi. Pod względem zachowania się HCl, stoją one przecież na wręcz przeciwnych końcach. Wiemy, że przy wrzodzie żołądka HCl znajduje się w ilości nadmiernéj i że właśnie ta nadprodukcyja jest momentem etyjologicznym. Rak zaś produkcyję HCl znosi, a w przypadkach wątpliwych właśnie ilość wolnego kw. solnego o rozpoznaniu rozstrzyga. Ale faktem także jest, że w przypadkach kombinowanych aż do saméj śmierci dostateczna ilość HCl się znajduje (Krukenberg, Thiersch). Zdarza się to najczęściéj wtedy, jeżeli wrzód, a zatem i rak obejmują odźwiernik, w tych przypadkach bowiem błona śluzowa w znacznej przestrzeni normalnie funkcyjonować jeszcze może. Rosenheim na 50 przypadków raka żołądka znalazł 4 razy wrzód jako jego przyczynę, Lebert utrzymuje, iż 9% wszystkich przypadków *carcinoma ventriculi* w ten sposób powstaje.

Że w przebiegu cierpień żołądka może się rozwinąć także złośliwa anemija, udowodnili prócz autora także Fenwick i Nothnagel. Niejednokrotnie spostrzegano ją jako jedyną komplikacyję wrzodu okrągłego, a za przyczynę jej uważać musimy upośledzenie odżywienia z krwotokami połączone. W przypadkach spostrzeganych przez autora stosunek białych do czerwonych ciałek krwi wynosił 1:40 a ostatnie przeważnie były pozlepiane w rulony. Prócz tego stwierdzono znaczną ilość leukocytów i niekiedy gigantoblasty Ehrlicha. Ilość wolnego kw. solnego jest znacznie mniejszą niż w przypadkach niekomplikowanych. *(D. m. Wochft.* 1890 Nr. 15).

Dr. Mendelsburg.

Chirurgija.

Dr. Kümmell (z Hamburga). **Przyczynek do częściowego wycięcia nerki.**

Pomijając obszerniejszą literaturę, ogranicza się autor do wspomnienia doświadczalnéj pracy Tuffiera, który przekonał się, wycinając kawałki nerek u zwierząt, że zależnie od ilości wyciętéj nerki temprędzéj następuje równowaga w wydzielaniu moczu i mocznika, im mniéj wycięto takowéj. Wyrównanie to ma następować częścią przez przerost pozostałego miąższu nerki, częścią przez wytworzenie się nowych kłębków. Tuffier oblicza, że na 1 klg. zwierzęcia wystarcza zupełnie 1·0—0·5 grm. zdrowéj nerki tak, że na 70 klgr. przeciętnéj wagi człowieka 80,0—100.0 grm. wystarczy zupełnie, a ta ilość jest zaledwie $^1/_4$ częścią normalnéj wagi. Zresztą zmiany patologiczne, które większą część nerki zajmują, częstokroć nie sprowadzają zaburzeń w oddawaniu moczu, pozwalają nam myśleć o częściowém wycięciu miąższu nerkowego, czy to z powodu ograniczonych nowotworów, czy to z powodu ropni.

Po przytoczeniu jednego przypadku, który w Heidelbergu przez Czernego w 1887 był operowany, gdzie z powodu ogniska nekrotycznego — wskutek urazu — wycięto klin z nerki, autor przytacza przez siebie operowane dwa przypadki, które skończyły się wyzdrowieniem. Pierwszy

z nich dotyczył choréj lat 41 liczącéj, przedtém zupełnie zdrowéj, która od roku straciła łaknienie skarżąc się na upadek sił i ból w okolicy lędźwiowéj, szczególnie prawéj. Pod łukiem żebrowym prawym wykazało wtedy badanie guz wielkości pięści, dający się wyczuć pod powłokami brzusznemi, o zbitości elastycznéj, którego nie można było od tyłu ograniczyć, nawet w głębokiéj narkozie. Badanie moczu wykazało w osadzie ciałka ropne, a białko w przesączonym moczu tylko w małéj ilości. Oddziaływanie zawsze kwaśne. Kamieni chora nigdy w moczu nie miala spostrzegać.

Przy operacyi poprowadzono cięcie równolegle do łuku żebrowego, a po przecięciu części miękkich przekonano się, że guz wychodził z górnéj $^1/_3$ części nerki prawéj i okazywał wybitne chełbotanie. Cała ta część została szeroko naciętą i wypuszczono znaczną ilość ropy, a zarazem z miedniczki nerkowéj wyjęto kamień wielkości orzecha włoskiego. Błonę ropotwórczą nożyczkami i łyżeczką wraz ze znaczną częścią miąższu nerkowego usunięto — pozostawiając część zdrową nerki — wynoszącą $^1/_3$ część całości. Brzegi rany częścią szwami zespojono i przymocowano do rany zewnętrznéj. Jamę całą wytamponowano gazą jodoformową, pozostawiając całą ranę gojeniu się przez wypełnienie ziarniną. W opatrunkach nigdy nie zauważano moczu wydzielonego, chora opuściła łóżko trzeciego dnia; ciałka ropne tylko w pierwszych dniach pojawiały się w osadzie moczowym, po 8 dniach mocz był zupełnie prawidłowym. Po kilku tygodniach odszedł maleńki kamyczek, chora została wypuszczoną z opieki lekarskiéj z raną dobrze podgojoną, przybrawszy 20 fnt. na wadze.

Drugi przypadek, który dotyczył 58-letniego pacyjenta, skończył się po wycięciu górnéj części prawéj nerki zupełnie pomyślnie, jak i poprzedni obszerniéj opisany.

Z tych dwóch zestawień K. nabiera przekonania, że miąższ nerki z łatwością znosi zabiegi chirurgiczne, krwotok łatwo można zatamować przez ucisk, a wkońcu podaje myśl, czy nie lepiéjby było nacinać miąższ nerki w celu dostania się do miedniczek nerkowych, jak to w ostatnich czasach zrobił Israel, niż dostawać się tam wprost, mając potem do czynienia z uporczywie utrzymującą się przetoką. (*Centralblatt f. Chir.* 1890, Nr. 18). *Dr. Łepkowski.*

Okulistyka.

Randolph (Baltimore): **Przyczynek do patogenezy zapalenia współczulnego oka; studyjum doświadczalne.**

Kiedy pod koniec 1888 r. pojawiła się praca Deutschmanna o współczulnem cierpieniu oka, w któréj tenże za pomocą dodatnich wyników swych badań doświadczalnych i anatomiczno-patologicznych stwierdził swoje zdanie, już dawniéj wypowiedziane, że choroba ta pod względem swéj przyrody jest natury zakaźnéj; nic dziwnego, że to zapatrywanie tak zgodne z ogólnem pojęciem nowoczesnéj patogenezy chorób ustroju ludzkiego obudziło żywe zajęcie w szerokich kołach zawodowych, a co ważniejsza, zjednało sobie uznanie w gronie specyjalnych badaczy.

Obecnie nie jest bynajmniéj zamiarem naszym wchodzić w bliższy rozbiór téj nader zajmującéj pracy, tem mniéj, że obszerne sprawozdanie z takowéj, pomieszczone w łamach rocznika 1889 roku *Przeglądu Lekarskiego*, poznajomiło dokładnie czytelników z jéj treścią i znaczeniem. Sądzę atoli, że nie od rzeczy, a dla ścisłości krytyki naukowéj pożądanem będzie, zwrócić uwagę kolegów na świeżą w tym kierunku pracę Randolpha, w któréj tenże tym samym co Deutschmann zająwszy się przedmiotem, do wręcz przeciwnych od niego doszedł rezultatów.

Wobec niezaprzeczonéj prawdy, iż największa ilość współczulnych cierpień wydarza się po zranieniach oka i to takich, gdzie ciało obce pozostało w oku, a daléj wobec faktu, iż ciała aseptyczne, które do wnętrza oka wtargnęły, sprowadzają o wiele rzadziéj zmiany chorobowe w temże, zadał sobie Randolph pytanie, jaka jest podstawa naukowa tych od dawna znanych zjawisk?

Do doświadczeń swych użył odmiennie od Deutschmanna zrazu wyłącznie psów, ponieważ te o wiele rzadziéj niż króliki padają ofiarą ogólnego zakażenia posocznicowatego. W szeregu 15 doświadczeń na psach podjętych znalazł w jednym tylko przypadku objawy, któreby uważać można za dowód zakażenia całego ustroju. Zwierzętom do doświadczenia użytym wstrzykiwał za pomocą strzykawki Pravaza mniéj lub więcéj 2 krople rozczynu wodnistego *staphylococcus aureus* wprost do ciałka szklanego. Ani w jednym przypadku, z wyjątkiem dwu, w których 24 godzin po zastrzyknięciu tarcza nerwu wzrokowego w drugiem oku okazywała objawy przekrwienia, a po upływie 3 do 4 godzin znowu przybladła — nie znalazł w drugiem oku nic zbaczającego w jakimkolwiekbądź kierunku od stanu prawidłowego. Nie sądzi on, aby i to wzmiankowane przekrwienie tarczy było przyrody sympatycznéj, lub wyraźniéj mówiąc, powstało skutkiem septycznego zakażenia. Przeciwnie, uważa je za naturalne następstwo zapalenia wysokiego stopnia w oku zakażonem i sprowadzonego przez to zastoju w łożyskach sąsiednich naczyń krwionośnych. We wszystkich przypadkach znajdował w oku zakażonem w parę godzin po wstrzyknięciu obłoczkowate męty w ciałku szklanem, a zazwyczaj już w następnym dniu rozlane zaćmienie przeźroczystych środków łamiących oka. Na tle tego rozwijało się zapalenie ropne naczyniówki i ciałka rzęskowego, kończące się przebiciem ropy na zewnątrz, wylaniem tejże i następowem zagojeniem miejsca przebicia. Zachowanie się drugiego oka poddawał codziennie we wszystkich przypadkach jak najściślejszéj kontroli wziernikowéj. Po zabiciu zwierząt do doświadczeń służących był zaledwie w stanie po najdokładniejszem badaniu nerwu wzrokowego i miejsca skrzyżowania w jednym tylko przypadku wykazać bujanie komórek aż do *chiasma*: zazwyczaj ograniczało się ono tylko do przestrzeni kilku milimetrów od oka ku nerwowi wzrokowemu. Pięć tych doświadczeń uskutecznionych na zwierzętach przytacza autor szczegółowo w swéj pracy.

Te same doświadczenia powtórzył R. na królikach, z których przeważna ilość zginęła skutkiem następstw ogólnego zakażenia ustroju. Tu podobnie jak i w poprzednich przypadkach wziernikował codziennie oczy zdrowe przez przeciąg trzech tygodni i nigdy nie udało mu się stwierdzić najlżejszego śladu zapalenia współczulnego na drugiem oku.

Co do anatomiczno patologicznéj strony swych doświadczeń podnosi autor, że dla lepszego porównania zbadał cały szereg nerwów wzrokowych i ich skrzyżowania, pochodzących z całkiem zdrowych psów i królików i dopiero na téj podstawie przyszedł do przekonania, że tak u psa, jak i u królika zdrowe nerwy wzrokowe tak są obficie zaopatrzone w ciałka białe, iż się wydaje, jakoby to nagromadzenie tychże było objawem wybitnie chorobowym. Sam autor podczas pierwszych swych doświadczeń był tego zdania, że ma do czynienia z naciekiem komórkowym, ciągnącym się od jednego nerwu wzrokowego przez miejsce skrzyżowania ku drugiemu, dopiero badanie mikroskopowe podjęte przezeń na pniach nerwu wzrokowego u zdrowych zwierząt wyprowadziło go z tego błędu. Liczba ciałek białych na końcu śródocznym nerwu wzrokowego jest znacznie obfitszą, niż w części tegoż położonéj w bezpośredniem sąsiedztwie *chiasma*.

Jeżeli Deutschmann w swych doświadczeniach na królikach mógł stwierdzić wziernikiem zmiany chorobowe w drugiem oku, to nie należy o tem zapominać, że wszystkie jego króliki padły ofiarą doświadczeń, że przeto u nich tak w oku, jak w rozmaitych innych częściach ciala ogólne zmiany chorobowe nie były niczem uderzającem.

Randolph badał jak najdokładniéj pod względem obecności mikroorganizmów troje oczu ludzkich wyłuszczonych z obawy przed sympatycznem zapaleniem, a które pierwotnie uległy zranieniu przez wtargnięcie do ich wnętrza jakiegoś ciała obcego, we wszystkich jednakże przypadkach z rezultatem ujemnym. Również w tym samym kierunku podejmował bezowocne poszukiwania na oczach zranionych, w których atoli obecności ciała obcego wykazać nie można było.

Daléj powołuje się autor na rozbiór dwu oczu, wyłuszczonych z powodu obawy przed cierpieniem współczulnem, dokonany w pracowni Kocha przez Nordensona w pierwszym, a przez S. C. Ayresa i A. Alta w drugim przypadku, gdzie mimo szczegółowych badań ani śladu zakażenia bakteryjami wykazać nie zdołano.

W końcu przytacza autor ogólniejsze poglądy, które zdają się przemawiać przeciwko zakaźnemu charakterowi zapalenia współczulnego, a to powołując się na doświadczalną pracę Rosenbacha, odnośnie do zapalenia nerwu. Z tych doświadczeń — w których co prawda badacz nie był jeszcze w stanie uwzględnić możliwości zakażenia mikroorganizmami, wynikałoby, iż każde zapalenie wywołane przez drażnienie nerwu okazuje nader mało skłonności do szerzenia się w dalszym tegoż przebiegu po za zakres miejscowy podniety drażniącéj chemicznie lub mechanicznie.

Mimo to wszystko oświadcza autor, że jego doświadczenia, zaczerpnięte z czteroletniéj nader rozległéj praktyki klinicznéj, zniewalają go silnie do przyjęcia przyrody zakaźnéj cierpienia współczulnego oka i tłomaczy się, że jeżeli obecnie wystąpił z ogłoszeniem podjętych przez się doświadczeń w tym kierunku, które li ujemnym wynikiem poszczycić się mogą, to uczynił to tylko celem przyczynienia się do możliwie szybszego wyjaśnienia téj sprawy, która mimo niezmiernéj swéj doniosłości nie może się pochlubić, aby opracowaną już była w sposób nie pozostawiający nic do życzenia i usuwający wszelkie wątpliwości.

W końcu zastrzega się autor przed przypuszczeniem, iżby dla ogłoszonych doświadczeń swoich chciał wywalczać uznanie, któreby zachwiewało wiarą w zakaźną naturę cierpienia sympatycznego oka. Nie ma bynajmniéj tego zamiaru, choćby już dla tego, że mimowoli narzuca się pytanie, czy u psów lub królików choroba ta zupełnie jednakim cechuje się przebiegiem jak u człowieka. (*Knapps Archiv für Augenheilkunde* XXI., 2.). *Dr. Bieńkowski.*

Choroby nerwowe.

Dr. Adler (Wrocław): *Alexia subcorticalis* **Wernickego.**

Cz., 52 letni ślusarz, leżał r. z. w klinice prof. Biermera z zapaleniem osierdzia i wypociną surowiczą w worek sercowy. Chory wcale inteligentny nie zdradzał żadnych objawów mózgowych. Pierwszego dnia, krzyknąwszy nagle „co się ze mną dzieje“, dostał dziwnych ruchów głowy i lewéj kończyny górnéj, zasadzających się na ciągłem zginaniu ich w stawach. Następnego dnia skonstatowano *hemianopsia dextra.* Pamięć o rzeczach dawnych przed zapadem w ogóle zaszłych zupełnie utrzymana, lecz od chwili napadu zapomina wszystko, mimo, iż przytomność wśród niego była utrzymaną. Nie przypomina sobie np., iż przed 2 godzinami odwiedzili go krewni, mimo, iż życiorys cały swój ze szczegółami pamięta i opowiada. Po kilku dniach pamięć na świeże wrażenia nieco się poprawiła, ale nie dopisuje mu w potrzebie nazwania niektórych przedmiotów, lub przy oznaczaniu liter lub barw tak dalece, że czytanie stało się niemożliwem. Chorego musiano formalnie na nowo uczyć czytać, co było z wielką trudnością dla braku pamięci dla liter drukowanych połączone. W przeciwieństwie do głosek drukowanych odczytuje płynnie litery pisane i pisze bez pomyłki w dyktandzie, jako też poznaje i odczytywa cyfry. Nazwy barw zapomniał i podaje czerwony papierek, jeśli się go prosi o niebieski. Jeżeli się mu zaś pokaże włóczkę czerwoną, żądając papierka téj samy barwy, wybiera zupełnie odpowiedni z pomiędzy różnobarwnych skrawków papieru. A zatem możność optyczna rozpoznawania barw była zupełnie utrzymaną, tylko że odpowiednie wrażenia barwne z nieodpowiedniemi nazwami łączy. Chory po długim pobycie w klinice w stanie polepszenia nareszcie ją opuścił.

Objawy co dopiero opisane nazwał Wernicke: *Alexia subcorticalis.* W przypadku opisanym przyczyną jéj musiała być bezsprzecznie embolija, która sprowadziła zniszczenie w lewym płacie potylicznym i w *gyrus angularis.* (*Berlin. klin. Woch.* 1890, Nr. 16). *Dr. Mendelsburg.*

Prof. T. Jürgensen: **O mechanicznem leczeniu uwiądu rdzenia pacierzowego według systemu Hessinga.**

Naciąganie kręgosłupa, jakie ma miejsce w zawieszaniu według Moczutkowskiego, posiada najważniejsze znaczenie w leczeniu, jest ono jednak przemijającem, gdyż tylko przez kilka minut i to nawet nie codziennie zawiesza się tabetyka. Hessing postępuje inaczéj: podpiera on kręgosłup trwale, przez dzień i noc, przez lata, a to odbywa się za pomocą gorsetu, dokładnie przylegającego do ciała. Punktami podparcia są pachy, a przedewszystkiem miednica. Na tę przenosi się ciężar tułowia, kręgosłup wtedy nie doznaje znaczniejszego ucisku i pozostaje w ciągłem naciągnięciu. J. stwierdził dobre wyniki po takiem leczeniu. Najpierw poprawiają się zboczenia pęcherza i kiszek, nieco późniéj strzykające bóle, przeczulica i t. d. Rozumie się, że wskutek tego także stan ogólny w stosunkowo krótkim czasie znacznéj poprawy doznaje, gdyż noce nie są więcéj bezsenne z powodu bólów, a chorzy mogą przyjąć i strawić większą ilość pokarmów. O wyleczeniu w téj myśli, aby nastąpił powrót do stanu pierwotnego z ustąpieniem zmian anatomicznych, nie ma naturalnie w uwiądzie mowy. Wiemy jednak, że mimo dość rozległych, cały rdzeń prawie zajmujących, zmian mogą zboczenia czynnościowe prawie zupełnie ustąpić. Wyjaśnienie tego jest następujące: w uwiądzie mamy do czynienia z powoli się rozwijającemi zboczeniami w odżywieniu rdzenia pacierzowego, a do ich usunięcia potrzeba o ile możności najobfitszego okrążenia chorych części krwią odżywczą. Już u zdrowego sprowadza ucisk tułowia na kręgosłup zgniecenie jego chrząstek międzystawowych. Uciskiem tułowia wywołane ściśnienie kręgosłupa sprowadza zboczenia w treści kanału kręgosłupa, w rdzeniu i jego osłonach, w ruchu krwi i limfy. Zdrowy znosi to bez niebezpieczeństwa, ale czy także tabetyk? Na gorset przeniesione podparcie kręgosłupa sprawia, że jego długość pozostaje niezmienioną, że zmienne obciążenie treści przewodu kręgosłupa nie może nastąpić, a tem samem stały się warunki dla krążenia krwi i limfy w rdzeniu i jego błonach korzystnemi. Wyrównanie zboczeń w odżywieniu może łatwo nastąpić, sprawy chorobowe mogą ustać, a nawet poprzednio mało ćwiczone drogi mogą objąć czynność dróg zniszczonych. (*Deut. med. Woch.*, 1889, Nr. 40). *Dr. Baschkopf.*

Choroby umysłowe.

Prof. Wagner. **Osteomalacia i obłąkanie.**

Rozmiękczenie kości poporodowe łączy się często, jak to W. zauważył, z obłędem tak, iż śmiało przyjąć możemy osteomalakiczne obłąkanie jako chorobę odrębną. W klinice swéj ma W. obecnie 2 przypadki tego cierpienia, które początkowo z rozpoznaniem: *myelitis* przyjęte zostały. Pomyłka jest łatwą i często się też zdarza. Bole przeważnie przy ucisku, upośledzenie ruchu jak przy porażeniach obustronnych, skrzywienia kości, a często i kości czaszki, które przedewszystkiem psychyjatrę obchodzą, oto ważne objawy osteomalacyi. U jednéj z pacyjentek wyłoniła się z postępem czasu paranoia jako manija prześladowcza, która późniéj przeszła w maniję wielkości. W czasie jéj pobytu w klinice czaszka jéj przybrała charakterystyczny a przez Luza już opisany kształt czaszki osteomalakicznéj. Przypuszczenie więc, że osteomalacyja może być przyczyną obłąkania, coraz częściéj się sprawdza. (*Wr. med. Wschft.* 1890 Nr. 12). *Dr. Mendelsburg.*

Medycyna sądowa.

Z rozpraw na międzynarodowym zjeździe dla medycyny sądowéj w Paryżu.

Lacasagne omawia prawidła, któremi kierować się winien lekarz sądowy w badaniach **zbrodni zgwałcenia na małych dziewczętach.** Przedewszystkiem należy przedsięwziąć badanie ofiar bezzwłocznie, gdyż objawy szukane, potrzebne do wykazania zbrodni, często bardzo szybko znikają. Na 1205 spostrzeżeń, zebranych przez P. Bernarda, można było tylko w 26% stwierdzić objawy defloracyi. Lekarz powinien przedewszystkiem przeprowadzić badanie ogólne, a potem miejscowe. L. zwraca szczególną uwagę na to, aby przy badaniu błony dziewiczéj ostrożnie postępowano, a mianowicie unikano dotykania narzędziem twardem i niepodatnem; autor używa w takich przypadkach małego zwitka papieru w oliwie zamoczonego, aby rozłożyć fałdy i rozróżnić je od pęknięć. Po obejrzeniu części rodnych należy badać wydzielinę, następnie międzykrocze, odbyt, a w końcu ubranie.

Morel Lavallée omawia pytanie: Jak powinien zachować się lekarz **w kwestyi mamek,** jeżeli wobec kilowych osesków bywa proszony o rozstrzygnienie?

Jeżeli lekarz spotyka dziecko dziedzicznie kiłowe, a mamkę jeszcze zdrową, powinien natychmiast zabronić karmienia, aby

mamka się nie zaraziła, a dziecko należy żywić albo przy pomocy flaszki, lub jeżeli to z powodu choroby dziecka jest nieodpowiednie, należy wyszukać mamkę już kiłową. Rodziców należy pouczyć o potrzebie tych zarządzeń, a mamkę tylko o okoliczności, że dziecko należy natychmiast odstawić, słowa jednak kiły usłyszeć nie powinna. Mamkę należy po odstawieniu od piersi przynajmniéj przez 5 — 6 tygodni mieć w obserwacyi. Jeżeli rodzice nie przyjmują téj rady lekarza, powinien lekarz wyjawić im według przykładu Brouardela swe mniemanie w liście poleconym i kopijowanym. Jeżeli dziecko jest dziedzicznie kiłowe, a mamka już zakażoną, wtedy może ona daléj karmić, ma jednak prawo do odpowiedniego wynagrodzenia z powodu zarażenia, jakiego się nabawiła. Jeżeli lekarza radzi się mamka okazująca objawy kiły, wychodzącéj z brodawki sutkowéj, powinien kobietę pouczyć o jéj chorobie i ją leczyć. Lekarz musi jéj także prawdę powiedzieć, jeżeli nie jéj własne, lecz cudze dziecko było przyczyną jéj zakażenia, a tego nie powinno się uważać za naruszenie tajemnicy lekarskiéj. Jeżeli ojciec dziecka już od dłuższego czasu cierpi kilę i przez lekarza już był leczony, trudno jest dać pewną odpowiedź na pytanie, czy można dać mamkę dziecku pozornie zdrowemu. Uwzględnić wtedy wypada trwanie kiły, trwanie i skuteczność przebytego leczenia, czas ubiegły od ostatnich objawów kiły i stosownie do tego poradzić. Jeżeli dziecko przyszło zdrowe na świat, pochodzi z rodziców zdrowych, było jednak karmione przez kilka tygodni przez mamkę kiłową, należy dziecko natychmiast odstawić i jakiś czas karmić z flaszki. Jeżeli dziecko po 6—7 tygodniach nie okazuje żadnych znaków zakażenia, może być znowu karmione przez zdrową mamkę. Jeżeli zaś dziecko już przedstawia oznaki nabytéj kiły, wtedy może być ewentualnie znowu karmione przez pierwszą kiłową mamkę.

Guillot i Demange referują o najwłaściwszych środkach celem strzeżenia interesów społeczeństwa z jednéj strony, a oskarzenia z drugiéj strony w kwestyjach **medycyny sądowéj** i przedstawiają następujące zasady do przyjęcia: 1. W wszystkich przypadkach powinni funkcyjonować przynajmniéj dwaj rzeczoznawcy, a jeden powinien być ustanowiony przez samego oskarżonego lub przez sąd. Obaj rzeczoznawcy powinni posiadać te same prawa, złożyć tę samą przysięgę, przedstawić wspólne sprawozdanie i otrzymywać równe wynagrodzenie od rządu. 2. Rzeczoznawców tych należy wybierać z urzędowéj listy, którą władze według przedstawienia korporacyj naukowych w tym celu zestawiają. Ponieważ lekarz sądowy studyjować musi szereg pytań prawniczych, nie posiadających zresztą żadnego związku z wykonaniem praktyki lekarskiéj, powinno się tylko tych lekarzy na tych listach umieszczać, którzy na zasadzie konkursu od komisyi złożonéj z profesorów wydziału lekarskiego i z przedstawicieli władz otrzymali specyjalny dyplom jako lekarze sądowi. 3. System wielu rzeczoznawców wymaga złożenia najwyższéj rady dla medycyny sądowéj w miejscu siedziby wydziału lekarskiego i ma ona rozdzielić rzeczoznawców w swoim okręgu i ich wysyłać. 4. Sędzia śledczy powinien być obecny oglądaniu i zbieraniu dowodów, aby mógł podawać rzeczoznawcom fakta celem wyjaśnienia. 5. Obrońca oskarżonego powinien również być obecnym, aby mógł zwrócić uwagę rzeczoznawcy na te okoliczności, któréj obrona znaczenie przypisuje. 6. Kolegijum, obejmujące ogolne zasady medycyny sądowéj, powinno być wcielone w plan naukowy prawników. (*W. med. Bl.* 1889, Nr. 40). *Dr. Baschkopf.*

V. Zakopane jako miejsce klimatyczne.

Napisał

Dr. Stanisław Ponikło.

Docent U. J. i c. k. lekarz powiatowy.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 20).

XII. Wpływ fizyjologiczny klimatu „alpejskiego.“

Nie jest moim zamiarem opisywać szczegółowo i uzasadniać wpływ klimatu górskiego Zakopanego na ustrój w stanie fizyjologicznym; sprawa ta zasadniczo jest dostatecznie wyjaśnioną, wskazują to ogólne zasady fizyjologiczne i szkoda tu słów tracić, gdy nadto wielu badaczy klimatu alpejskiego, przedewszystkiem Weber[1]) klimatologicznie rzecz wyczerpująco ocenili — a z każdym dniem utrwala się przekonanie o wysokiéj wartości leczniczéj tegoż klimatu.

Zwrócę tu tylko pobieżnie uwagę na kilka objawów, jakich przybysze z nizin, zwłaszcza uraźliwsi w pierwszych dniach swego pobytu w Zakopanem mogą doznawać. Poniekąd uderzającym przypadkiem bywa czasem u nerwowo osłabionych i niedokrewnych pewne utrudnienie snu, lub przynajmniéj wcześniejsze budzenie się rano, niż to było w miejscu stałego zamieszkania w nizinie, mimo atoli skróconego tym sposobem czasu czujemy się snem dostatecznie pokrzepieni. Nawet po odbyciu dalszych utrudzających przechadzek, po dłuższem czuwaniu w noc, daleko krótszy sen wystarcza do odświeżenia ustroju, nie powodując znacznego uczucia ospałości i znużenia, jakiego w nizinach po źle przespanéj nocy doznajemy.

Łaknienie w pierwszych dniach pobytu bywa zazwyczaj wzmożone, czasem do znacznego stopnia, atoli ustępuje niebawem prawidłowemu lub nieco tylko większemu łaknieniu. Stosownem tedy jest zwrócić uwagę osób w Zakopanem bawiących, aby zrazu nie korzystały zbytnio z tego spotęgowanego apetytu, coby z łatwością co najmniéj zwątlenie siły trawienia w następstwie mieć mogło.

Z powodu znaczniejszego promieniowania słonecznego skóra na twarzy rychło się opala. a u osób cery delikatnéj, u kobiet (zwłaszcza blondynek) i dzieci powstać może lekkie różycowe zajęcie skóry lub nawet lekki wyprysk; stąd używanie kapeluszy o szerokich rondach podczas dni słonecznych jest wskazane.

Ilość oddechów staje się nieco częstszą, wdechy głębsze, wydechy wydatniejsze i łatwiejsze, pojemność[1]) płuc się zwiększa, mięśnie oddechowe bezwiednie pracują wydatniéj i wzmacniają się (naturalna gimnastyka mięśni oddechowych), przeziewanie skórne z powodu niższego ciśnienia powietrza i mniejszéj wilgotności względnéj spotęgowane, stąd oczywiście ilość kwasu węglowego i pary wodnéj płucami i skórą wydalonéj znaczniejsza, tętno w spokoju jest nieco wolniejsze, lecz równocześnie pełniejsze, jednak po pracy mięśniowéj częstość tętna wzrasta w wyższym niż w nizinach stopniu.

Ilość moczu w pierwszych dniach się wzmaga — co do ilości mocznika nie znane mi są żadne spostrzeżenia z Zakopanego, lecz w uzdrowiskach alpejskich równego wzniesienia ponad poziom morza i o podobnych zresztą warunkach, nie uważano pomnożenia ani względnéj, ani bezwzględnéj ilości takowego.

Po kilku dniach ustrój z łatwością przywyka do zmienionych warunków, atoli wszystkie powyżéj podane przypady trwają w mniejszem nasileniu daléj, świadcząc o niepostrzeżonem powolnem, ale dość energicznem działaniu klimatu alpejskiego. Mniéj wrażliwi goście nie doznają tu żadnych w ogóle przypadów, któreby ich uwagę zwróciły.

Właściwe „objawy górskie“: bicie serca, duszność, zawrót głowy, szum w uszach, rozwój „górskiéj niedokrewności“, jakie nagabują ustrój ludzki na wysokich punktach (1600—2500 m.) wśród atmosfery bardzo znacznie rozrzedzonéj nigdy, nawet u najwrażliwszych w Zakopanem nie występują: Zakopane leży na to za nisko.

Większą łatwość wykonywania pracy mięśniowéj, lekkość ruchów, mniejsze znużenie, nawet po bardzo znacznem wytężeniu mięśniowem zauważy każdy podczas pobytu w Zakopanem: osoby do miernego tylko ruchu w nizinach przywykłe, odbywają ze zdumiewającą łatwością dalekie przechadzki, wymagające użycia pracy mięśniowéj dla téj saméj osoby w nizinach wprost niewykonalnéj.

Ciężar ciała osób zdrowych, bez obfitszéj podściółki tłuszczowéj w Zakopanem przebywających zrazu się zmniejsza, lecz po kilku dniach pobytu, przy normalnem żywieniu i zachowaniu się poczyna wzrastać — odwrotnie osoby z dobrem „*embonpoint*“ tracą na ciężarze ciała, spalając swój tłuszcz wzmożonem oddychaniem i przeziewaniem skórnem. Cenną byłoby rzeczą staranne ważenie znaczniejszéj ilości osób w Za-

[1]) Weber, *Vorträge etc. übersetzt v. Dippe*, 1886.

[1]) Już Humboldt uważał u mieszkańców wysokich Andów większą pojemność klatki piersiowéj.

kopanem celem leczenia (wyłącznie klimatycznego) bawiących za przybyciem i pod koniec pobytu i notowanie dat.

Już na wzniesieniu Zakopanego uważać się daje łatwiejsze znoszenie napojów wyskokowych, nawet przez osoby bardzo mało przyzwyczajone, co naturalnie również szybszemu i żywszemu spalaniu węglików wodu przypisać należy.

Średnia niższa ciepłota Zakopanego wymaga nieco cieplejszéj odzieży, zwłaszcza rano i wieczorem — goście Zakopańscy przywykli do noszenia kożuszków baranich krótkich, bez rękawów (serdaków), bardzo wygodnych, które stawszy się modą bywają poniekąd nadużywane i mogłyby czasem korzystniéj być zastąpione stałem noszeniem więcéj hygroskopijnéj i powolniéj parującéj tkaniny czysto wełnianéj różnéj grubości bezpośrednio na ciele.

Osoby przybyłe do Zakopanego w czasie pięknym, pogodnym, a dotknięte lekkiem nieżytowem zajęciem błony śluzowéj nosa, gardła lub grubszych oskrzeli, doznają nieraz ku swemu zdziwieniu bardzo rychło złagodzenia przypadów — nawet osoby doznające duszności lżejszego nasilenia, bądź skutkiem chronicznego nieżytowego zajęcia dróg oddechowych, bądź na tle nerwowo-dusznicowem stwierdzają często zmniejszenie się duszności (czystość powietrza).

Nakoniec nie można milczeniem pominąć wpływu psychicznego scenery górskiéj i zasadniczo zmienionych warunków: wiele osób inteligentnych do skrzętnéj pracy włożonych, nie może się dosyć nadziwić, jak zdołają całemi godzinami oddawać się w Zakopanem słodkiemu „*dolce far niente*", (któremu także swoistéj wartości leczniczéj odmówić nie można), mając tylko podnoszący obraz przyrody alpejskiéj jako jedyne roztargnienie i rzec można, zajęcie.

Klimat tedy Zakopanego, jak wszelkiego innego miejsca klimatycznego o tych samych warunkach jest „*tonicum*" *par excellence*, w stosownie wybranych przypadkach często lepszem, niż żelazna pigułka w miejscu stałéj siedziby w nizinach używana — podnieca układ nerwowy i naczynio-ruchowy, stawiając większe wymogi gospodarce ustroju, który z jednéj strony żywiéj funkcyjonować, z drugiéj żywiéj wydzielać musi, czyli pobudza i potęguje ogólną przemianę materyi. Ustrój w spoczynku będący w klimacie górskim zachowuje się tak, jak ustrój w nizinach po pracy mięśniowéj — winien tedy, jeżeli ma doznać pokrzepienia, a nadto zrównoważenia swego bilansu fizyjologicznego lub wprost złagodzenia, powstrzymania, albo uleczenia zboczeń chorobowych sprostać większym wymaganiom, jakie nań ten klimat nakłada—musi, że tak powiem, mieć zdolność nakręcania bez szwanku dla siebie, swego zegaru fizyjologicznego do wyższego punktu — innemi słowy, musi posiadać pewien stopień odporności. Ustrój nazbyt zwątlony, okazujący nadto to lub owo zboczenie, które jest przedmiotem leczenia, który już w wysokim stopniu utracił swą równowagę fizyjologiczną, z małą odpornością — nie nadaje się do uzdrowiska alpejskiego: ulgi tu nie dozna, bo doznać nie może. Starcy w wieku bardzo podeszłym lub małe dzieci (oseski), osoby charłacze, wyniszczone — chociaż tu nie można normować stanowczego przeciwwskazania — nie kwalifikują się do uzdrowiska alpejskiego, wysoko położonego więcéj im odpowiadać będzie, jeżeli w ogóle leczenie klimatyczne jest wskazane, pobyt w miejscach górskich niżej położonych, „czystem powietrzem nacechowanych."

Ustrój jednak o odporności wprawdzie zmniejszonéj, lecz zdolny jeszcze oddziaływać korzystnie i zwycięzko na wpływ klimatu alpejskiego, może tu z łatwością wzmacniać stopniowo odporność swych tkanin i energiję funkcyj życiowych i gdyby zasadnicze uśmierzenie zboczenia chorobowego bezpośredniem działaniem jednego z czynników klimatycznych było wprost niemożebnem, tą drogą pośrednio zdoła uzyskać polepszenie i zahartowanie się na przyszłość do dalszéj walki z procesem, który zniósł jego równowagę fizyjologiczną: ogólnie wszakże znaną jest rzeczą, że wiele chronicznych cierpień różnych narządów, które same w sobie są prawie zupełnie nieuleczalne, może być złagodzonych lub w zawiązku powstrzymanych dzięki wzrostowi odporności tkanin, walczących z nurtującą ustrój istotą chorobotwórczą, lub przynajmniéj wrogie działanie tejże na dłuższy przeciąg czasu może być rozłożone, że tylko wspomnę, aby zstąpić *ad concreta*, o gruźlicy i zołzach.

Nie dziw więc, że przyzwyczajenie się i zaadoptowanie ustroju do sprostania wyższym wymogom klimatu alpejskiego przez dłuższy pobyt może się utrwalić i trwać przez dłuższy czas po powrocie do nizin — stąd tłomaczy się możebna trwałość wyników leczenia alpejsko klimatycznego.

Byłoby oczywiście pożądanem oznaczyć z precyzą umiejętną stopień wzmożonéj tonicznem działaniem klimatu w Zakopanem przemiany materyi, oznaczyć cyframi bilans fizyjologiczny, lecz dokonanie tego jest rzeczą przyszłości, rzeczą ścisłych naukowych obserwacyj, tymczasem trzeba ograniczyć swe wymagania, bo trudno żądać, aby Zakopane już teraz rozporządzało n. p. aparatem Pettenkofera.

XIII. Wskazania i przeciwskazania.

a) Neurastenia.

Familija różnych chorób o bardzo odmiennych objawach, objęta od niewielu lat ogólną nazwą: „neurasthenia" z istoty rzeczy nasuwa się przedewszystkiem, jako nadająca się w dobranych przypadkach do leczenia klimatycznego w Zakopanem. Zapewne z biegiem czasu nie jedna córa téj familii zaprze się swego pochodzenia, gdy istotna podstawa anatomiczna różnych form neurastenii wyświeconą zostanie — lecz dotąd wszystkie formy chorobowe tu przynależne oceniamy jako polegające na „osłabieniu układu nerwowego" lżejszego stopnia, na wyczerpaniu lub też tylko skłonności do łatwego chwilowego wyczerpywania się energii tego układu — czy się uwydatniają przypadami mózgowemi (*n. cerebralis*), czy też rdzenio-pacierzowemi (*n. spinalis*), czy równocześnie pierwszemi i drugiemi (*n. cerebro spinalis*), czy też zaburzeniami sfery naczynio-ruchowéj, czy wprost miejscowemi objawami ze strony narządów wewnętrznych n. p. żołądka, jelit (*n. gastrica, instestinalis*), czy nareszcie graniczą już o chorobę umysłową, przebiegając pod postacią głębszéj hypochondryi lub hysteryi. Wszystkich powyższych form neurastenii podstawą i gruntem jest zwątlenie funkcyjonalne téj lub owéj sfery układu nerwowego, mające za bezpośrednie następstwo albo przedrażnienie i pewną nadczułość, albo też przytępienie wrażliwości nerwowéj, pewien stopień znieczulenia, bez widocznej (rozumie się, jak dotąd) zmiany anatomicznéj.

Granica ścisła między nerwowo-zdrowym a neurastenikiem lżejszego stopnia jest nieoznaczalna — większa połowa naszéj intelligentnéj społeczności to neurastenicy téj lub owéj formy, niższego albo wyższego stopnia. Praca umysłowa wytężająca, trudniejsza walka o byt materyjalny i pozycyję socyjalną — ambicyje i namiętności obok więcéj sztucznego życia, mniéj naturalnego żywienia się — słowem nowsza cywilizacyja ze wszystkimi jéj czynnikami pracuje bezustannie w celu przysporzenia kontyngensu „neurasteników". Wszakże znaczna część osób, które czując się zdrowemi, bez porady lekarskiéj wyjeżdżają corocznie do Zakopanego lub podobnych uzdrowisk na „wytchnienie", to (*sit venia verbo*) prawdziwi neurastenicy czystéj wody lecz lżejszego stopnia. Niech sobie tego źle nie tłumaczą, bo częstokroć i wielcy i genialni ludzie bywają też neurastenikami!

Odwiedzanie tedy uzdrowisk, jak Zakopane, to nie jest czcza moda, lecz niezbędna prawie potrzeba, to jest leczenie się w ścisłem tego słowa znaczeniu, to jest naturalne następstwo wytężającéj cywilizacyi, która ze względów lekarskich żąda wycofania się na chwilę ze zwykłych warunków życia i przeniesienia się w warunki więcéj naturalne dla ustroju fizycznego, którego stan oczywiście normuje także życie umysłowe téj saméj osoby. (C. d. n.)

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 21-go maja. W terminie majowym złożyli egzamin rządowy, uprawniający do sprawowania urzędu w publicznéj służbie zdrowia pp. Drowie: Zygmunt Bętkowski z Dębicy, Eugieni Lachowicz z Krakowa, Leon Rosenbusch ze Lwowa (z odznaczeniem), Albin Kazimierz Schwarz z Krakowa, Kazimierz Ściborowski z Krakowa, Józef Stoklasa z Budzanowa, Jan Wieluch z Frysztatu na Szląsku.

* Zakład inhalacyjny w Szczawnicy urządzony przez ś. p. Dra Janochę wskutek jego nagléj śmierci przechodzi na spadkobierców i pod względem technicznym prowadzony będzie przez pana Kaniewskiego, jako opiekuna sierót pozostałych; pod względem zaś lekarskim obejmie kontrolę pan Dr. Czesław Gluziński.

* Rzadki w naszych czasach dowód uznania zasług lekarza złożyła temi dniami stolica Szląska austr. Dnia 14-go b. m. umarł w Opawie Dr. Emeryk Singer, lekarz szpitala powszechnego i członek Rady sanitarnéj szląskiéj, licząc lat 49. Nieboszczyk był rodem z Kroacyi, stopnie lekarskie uzyskał we Wiedniu, a od lat 20 i kilku praktykował w Opawie, używając powszechnego poważania. Wydział krajowy uchwalił urządzić pogrzeb kosztem kraju, siostry miłosierdzia wbrew miejscowemu zwyczajowi wyrobiły sobie z własnéj inicyjatywy pozwolenie wyjątkowe towarzyszenia *in corpore* eksportacyi zwłok, podczas któréj tysiące ludzi zalegały ulice, ze łzami żegnając swego dobrodzieja, a obywatele zamożniejsi urządzają składkę pomiędzy sobą, celem zebrania funduszu na stypendyjum wieczyste imienia zgasłego lekarza.

* W Cieplicach czeskich do dnia 20-go b. m. było gości 509.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Bonn.** Dr. Leo, asystent prof. Senatora w Berlinie, mianowany został prof. nadzw. — **Paryż.** W szpitalu Neckera urządzono nową klinikę dla chorób dróg moczowych, którą powierzono słynnemu specyjaliście prof. Guyonowi.

* **Nekrologija.** O zmarłym Drze Besserze pisze nam szan. korespondent nasz Dr. J. T. co następuje: Dr. Wiktor Besser był synem Wilibalda, prof. botaniki w b. liceum krzemienieckiem, a następnie w uniw. kijowskim. Ś. p. Wiktor po ukończeniu studyjów w Kijowie i Charkowie jako stypendysta znanego lekarza-filantropa baroneta Williera odbył studyja za granicą, a po powrocie został profesorem w ces. med. chir. Akademii, w roku 1878 zaś członkiem naukowego komitetu woj. lekarsk. W akademii wykładał patologiję, dyjagnostykę i terapiję ogólną. W stolicy słynął jako znakomity dyjagnostyk i rozgłośny praktyk. Testamentem zapisał 80.000 rubli na stypendyja przy uniwersytetach: warszawskim, kijowskim i moskiewskim oraz przy gimnazyjach klasycznych w Petersburgu, Warszawie, Kijowie, Wilnie, Żytomierzu, Kamieńcu Podolskim, Mińsku i Niemirowie; 20.000 rubli przeznaczył na cele dobroczynne i zakłady publiczne. Wyraził również w testamencie życzenie, aby był pochowany jako katolik obok rodziców w Krzemieńcu. Cześć pamięci zmarłego dobroczyńcy młodzieży! — Dr. Onufry Zakliński, lekarz miejski w Kozłowie (pow. Brzeżański), wychowaniec Uniwersytetu Jagiellońskiego, zmarł dnia 13 b. m. z duru wysypkowego, zaraziwszy się od pacyjenta. Pozostawia żonę i dwoje dzieci całkiem nieopatrzonych. — Równocześnie zgasł śmiercią nagłą Dr. Janocha w Rzeszowie, który robił właśnie przygotowania, aby w Szczawnicy urządzić zakład do wziewań na kształt istniejących za granicą. — Umarli następnie: Dr. Michał Żaba, lat 50 liczący w gub. wileńskiéj, pow. dzisnieńskim i Dr. Izydor Juszkiewicz w 81 roku życia w m. Czuchłomie w gub. Kostrowskiéj, uczeń szkoły wileńskiéj, pozostawiając legaty na cele dobroczynne.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Nowin. Lek.* Nr. 5: Drobnika: Leczenie wrodzonéj stopy szpotawéj u dzieci; Holtzera: Influenza w szpitalu Sióstr Miłosierdzia w Poznaniu; Wicherkiewicza: Zapal. tkanki przytwardówkowéj. — W *Gazecie Lek.* Nr. 19: Biernackiego: Strychnina jako środek działający na mózg; Rajchmana: Oesophagitis exfoliativa; Pełczyńskiego: Przyczynek do leczenia poprzecznych złamań rzepki kolanowéj.—W *Medycynie* Nr. 19: Biegańskiego: Z kazuistyki chorób układu nerwowego (c. d.). — W *Gazecie Lek.* Nr. 20: Sokołowskiego: Kilka uwag nad stosunkiem wzajemnym dyjatezy artrytycznéj do suchot płucnych; Grundzacha: O powstawaniu brunatno-zabarwionych strzępków w zawartości żołądka; Szumlańskiego: Przyczynek do wrodzonego zniekształcenia ucha zewnętrznego. — W *Medycynie* Nr. 20: Biegańskiego: Z kazuistyki chorób układu nerwowego (c. d.). — *Pam. Tow. Lek. Warsz.* 1890, zeszyt 1: Noiszewskiego: Hipoteza wybuchowego powstania śladów pamięci wzrokowej i odruchów; Świeżawskiego i Wendy: Wojciech Oczko.

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. MAJKOWSKI: Busko, wody siarczano-słono wapienne. Warszawa 1890, in 8-vo, str. 152. — FRANZOLINI e SALVETTI: Sulla efficacia terap. della Catramina Bertelli nella tubercolosi locali, Milano 1890, in 8-vo, str. 47.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 31 Maja 1890. Nr. 22.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81. Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Przyczynek do nauki o promienicy.

Dziewięć przypadków promienicy ludzkiej
podał
Dr. Roman Barącz,
operator we Lwowie.
(Dok. Patrz Nr. 21).

Co do płci, to w 4-ch przypadkach rozwinęła się promienica języka u mężczyzn, w 2-ch u kobiet, w 2-ch nie oznaczono płci; częściéj pojawia się zatem u mężczyzn.

Co do sposobu zarażenia się to 5-ciu chorych miało styczność z bydlem, dwóch z tych chorych z krowami dotkniętemi guzami szczękowemi; jeden chory miał styczność z chorą krową, nadto zwykł był żuć kłosy; moja chora nie miała najmniejszéj styczności z bydłem ani też ze zbożem; jako pomocnica kupiecka (kram towarów bławatnych) zwykła była urywać zębami sznurek do pakowania swego towaru; przy przeliczaniu pieniędzy nie miała zwyczaju ślinić palce. Daty anamnestyczne przemawiają więc zatem, że zarażenie w przeważnéj ilości tych przypadków nastąpiło prawdopodobnie przez styczność z bydłem.

Że do dostania się grzybka do języka musi takowy być pozbawionym przyblonka, rozumie się samo przez się; za tem przemawiają przypadki promienicy kończyn, w których choroba powstała po poprzednim urazie (Bertha), daléj przypadki promienicy połyku i kończyn, w których znaleziono ciała obce, naciekłe nitkami grzybka promienicowego, jak kłos *Hordeum murinum* (przypadek Soltmana), kłos jęczmienny w migdałku świni (przypadek Johnego), drzazga (przypadek Müllera), wreszcie przypadki, w których wystąpiła promienica po połknięciu kłosa, jakkolwiek takowego nie znaleziono (Wölfler, Bertha) i inne.

Promienica języka występuje zawsze w postaci ropnia, rozchodzi się tu więc zawsze o zakażenie mięszane; za tem przemawia także okoliczność, że w kilku przypadkach zauważano obrzęki gruczołów chłonnych podszczękowych; obrzęki te zapalne ustępowały szybko i trwale po wycięciu ogniska promienicowego; w jednym przypadku wycięto podobny gruczoł, celem badania drobnowidowego, które dało wynik ujemny.

Rokowanie w przypadkach pierwotnéj promienicy języka jest na podstawie dotychczasowego doświadczenia dobre, jeżeli się zastosuje odpowiednie leczenie. Co do terapii, to najodpowiedniejszem wydaje mi się wyłuszczenie ogniska w postaci klina i szew, jak to uczynił po raz pierwszy Maydl w swoim 1-szym przypadku, a następnie Ullmann w jednym przypadku; amputacyja połowy języka byłaby wskazaną przy bardzo rozległem ognisku (Ullmann); otwarcie ropnia, wycięcie ścian jego i szew (Maydl), jak również otwarcie, wyłyżeczkowanie i wytamponowanie (mój przypadek) dały również dobre wyniki, jednak dla możliwéj autoinfekcyi przeniósłbym postępowanie pierwsze.

Prócz promienicy samoistnéj pierwotnéj języka obserwowano (jak wyżéj wspomniałem) równoczesne zajęcie sprawą promienicową szczęki przez posunięcie się z języka (Magnussen), jak również ropnie promienicowe przerzutowe (Albert König). Na podstawie dat statystycznych zebranych przez Clausa [1]), co do umiejscowienia i geograficznego rozmieszczenia promienicy u bydła w Bawaryi na 105 przypadków promienicy obserwowanych w Bawaryi u bydła w latach 1879—1887 przypadło 87 przypadków na okolicę pyska i gardziela; najczęściéj była zajęta szczęka (51 razy), mniéj często, jednak dosyć często język. Wnioskując z analogii, jaka panuje co do sposobu szerzenia się choroby u bydła i u ludzi (najczęściéj bywa zajęta okolica jamy ust a wzgl. pyska), przypuszczać należy, że promienica języka u ludzi stanowićby powinna drugie miejsce pod względem lokalizacyi obok okolicy szczękowéj, o tem jednak dopiero kazuistyka lat przyszłych pouczyć nas będzie mogła.

D) *Promienica szyi.*

IX. Karolina J., 56 lat, praczka ze Lwowa, zgłosiła się do lecznicy 15/3 1890; podaje, że przed 2 miesiącami utworzył się jéj guz po lewéj stronie szyi, wielkości cytryny, bardzo twardy i mało bolesny, który szybko powiększył się

[1]) Claus: *Ueber Localisation und geographische Verbreitung der Actinomycose etc. Inauguraldissertat.* Leipzig 1887.

w kierunku linii środkowéj szyi. Po stosowaniu kataplazmów obrzęk pękł i wydzielała się z niego skąpa ilość gęstéj ropy. Przetoka, którą ropa się wydzielała, dotąd się nie zabliźniła.

Badanie wykonane 15/3 1890 wykazało: kobieta wzrostu wysokiego, dobrze zbudowana, średnio odżywiona. Po lewéj stronie szyi blisko linii środkowéj w wysokości chrząstki tarczykowéj znajduje się sinawo zabarwiony płaski ropień, do którego prowadzą 2 przetoki. Sąsiedztwo i nasadę ropnia stanowi deskowato twardy guz, o nieregularnéj powierzchni, wielkości jaja kurzego, z chrząstką tarczykową i kością gnykową w związku będący i nad temi ostatniemi nieprzesuwalny, który przy ruchach połykowych wraz z krtanią się się porusza. Zgłębnik daje się wprowadzić na $^1/_2$ cm. w głąb guza przetokami na $^1/_2$ cm. od siebie oddalonemi i komunikującemi ze sobą. Treść obrzęku stanowiła skąpa ilość cieczy śluzowéj krwawo zabarwionéj i kilka ziarn cytrynowo żółtych wielkości maku, prócz tego brunatnawo zabarwione granulacyje, które łyżeczką ostrą wyskrobano.

Chora z bydłem, zbożem i sianem wcale nie ma nic do czynienia. Najbliższa stajnia krów znajduje się o 2 domy w sąsiedztwie, krowy mają być zdrowe.

Chora podaje, że w tydzień przed powstaniem guza na szyi, jedząc wieprzowinę, połknęła szczecinę, która ugrzęzła w połyku i przez kilka dni zawadzała. Przed 12 laty utworzyć się jéj miała przetoka zębowa po stronie prawéj twarzy, która przez 6 miesięcy się utrzymała, wkrótce jednak po tuszowaniu kamieniem piekielnym zgoiła się.

S t a n z ę b ó w bardzo zły; brak wszystkich zębów trzonowych dolnych lewych; z 1 trzonowego wrzekomego pozostał tylko korzeń; po stronie prawéj 2 zęby trzonowe wrzekome dotknięte próchnieniem; zębów trzonowych brak; inne zęby na szczęce dolnéj utrzymane. W szczęce górnéj utrzymało się tylko 5 zębów przednich, jednak i te chwieją się; innych zębów brak. Badanie drobnowidowe wypróżnionych grudek wykazało kolonije grzybka promienicowego, odosobnione grzybki i pałeczki. Dnia 16/3 1890 wyluszczenie guza w narkozie chloroformowéj. Cięciem owalnem okoliłem go wraz z przetokami i wyłuszczyłem posługując się przeważnie nożem z powodu silnych zrostów za pomocą zbitéj tkanki łącznéj z chrząstką tarczykową i kością gnykową. Obnażona górna część tchawicy, chrząstka tarczykowa i kość gnykowa okazały się zdrowemi. Guz rozszerzył się na zewnątrz i ku górze ku lewéj stronie szyi i pod szczękę dolną; w ostatnim kierunku oddawał długą wypustkę, nie sięgającą jednak po szczękę. Kilka gruczołów chłonnych powiększonych, jednak zbitości prawidłowéj, wyłuszczono celem badania drobnowidowego. Podczas wyłuszczenia mierny krwotok; założono kilka podwiązek. Rana skórna zgoiła się *per primam* aż do miejsca dla drenu, które goi się przez ropienie.

Chora znajduje się jeszcze w łeczeniu (18/4 1890).

Na podstawie powyższych spostrzeżeń upewniłem się w dawniéj powziętem przekonaniu, że promienica w Galicyi nie należy do chorób rzadkich i że wiele przypadków nie bywa rozpoznanych z powodu niedostatecznéj obserwacyi i zaniechania badań drobnowidowych.

Wreszcie wspomnieć muszę, że wspólnie z Drem Wehrem przedsięwziąłem próby przeszczepienia choroby na zwierzęta, które wszystkie dały wynik ujemy. Do doświadczeń użyto myszy szarych i białych, gołębi i kur. Do doświadczeń tych użyto świeżych grudek z czystéj postaci promienicy przypadku II-go; u myszy wprowadzano 3—4 grudek w tkankę podskórną grzbietu i brzucha, u gołębi i kur zaś w tkankę podskórną czaszki i zaszywano nad niemi skórę; przytem postępowano o ile możności aseptycznie. Myszy zdechły po kilku dniach, gołębie i kury zaś zabito po 4 miesiącach. Przy nekroskopii nie znaleziono ani śladu przeszczepionych grudek ani też przyrzutów.

II. O influenzy panującéj z końcem r. 1889 i początkiem 1890 we Lwowie.

Napisał
D r. O. W i d m a n n.

(Wykład miany na posiedzeniu Tow. Lek. 15/2 1890 r.).
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21).

W przypadkach obserwowanych przezemnie spostrzegałem odmienne od podania W u n d e r l i c h a nagłe wystąpienie wysokiéj gorączki, przechodzącéj niekiedy 41° C. bez względu na ciężkość przypadku. Często bowiem zdarzało się, że choroba nie trwała tygodnia, czasem i krócéj, pomimo, że początkowo była bardzo wysoka ciepłota. W innych znów przypadkach zdarzało się, że 4-go dnia doszła gorączka do szczytu, przez następne 48 godzin schodziła stopniowo do stanu podnormalnego, aby po dalszych 48 godzinach raz dojść do 40° C. i spaść następnie niżéj normy, zaś w dalszych 24 godzinach po ostatniem podwyższeniu, przechodziła ciepłota do stanu prawidłowego.

Bardzo często poprzedzało spadek czy to lityczny, czy krytyczny ciepłoty, znaczne podwyższenie téjże, które czasem było pseudokrytyczne lub pseudolityczne.

4) Tętno bywa miernie przyspieszone, nie przekracza 120 uderzeń na minutę, a często nawet do téj ilości nie dochodzi. Bywa zwykle małe i twarde. Po ustąpieniu gorączki nie schodzi ilość uderzeń tętna niżéj ilości prawidłowéj. Często bywa niestosunek pomiędzy szybkością tętna a wysokością ciepłoty.

5) M o c z bywa wysycony, a chlorki bywają prawie zawsze prawidłowe, co najwięcéj lekko zmniejszone. Czasem zawiera mocz większą lub mniejszą ilość białka, które znika, znów za dni parę się pojawia, a po kilku dniach nie daje się zupełnie wykazać. W innych razach mocz nie przedstawia nic nieprawidłowego.

6) P o t y, często rozpływne, towarzyszą w niektórych przypadkach trwaniu gorączki lub występują poprzedzane ziębieniem albo dreszczami. Niekiedy pocą się chorzy przez jakiś czas po ustąpieniu gorączki, lecz poty te nie bywają tak obfite, jak podczas okresu gorączkowego. Wystąpienie k r y t y c z n y c h potów spostrzegałem bardzo rzadko.

Wyraz twarzy chorego dotkniętego influenzą bywa często bardzo cechujący. Policzki są zaczerwienione i niejako lekko nabrzmiałe, oczy szklące, spojówki nawstrzykane, a zaczerwienienie około nozdrzy jest najsilniejsze.

8) J ę z y k, często nawet cała jama ustna, bywa obłożony b i a ł y m n a l o t e m (nie mułem), nie dającym się zeskrobać, jakby po oparzeniu w pierwszym okresie lub po posmarowaniu lekkim rozczynem azotanu srebrowego. Czasami dawały się spostrzedz pojedyncze pasy tego rodzaju już to na podniebieniu miękkiem, na języczku, na migdałkach, już to błonie śluzowéj tylnego gardła. Nalot ten nie schodził czasami przez cały czas okresu gorączkowego, a pozostaje niekiedy jeszcze i w okresie już bezgorączkowym influenzy. Zwykle po paru dniach przemienia się barwa biała języka na brunatną, a powierzchnia jego wydaje się być suchą i popękaną. Chorzy mają przytem uczucie jak po oparzeniu i zmieniony smak. Późniéj schodzi nalot ten, a język wygląda jakby drobniuchnemi nasiany brodawkami i jest miernie zaczerwieniony. Jestto objaw, z którego opisem się nigdzie nie spotkałem, a który jest dość ważnym znakiem rozpoznawczym dla influenzy, szczególnie w razach wątpliwych.

9) Zresztą napotykamy zmiany nieżytowe mniéj lub więcéj we wszystkich błonach śluzowych, zmiany, które nie mają nic tak dalece cechującego dla influenzy, jakoto: nieżyt spojówek, błon śluzowych nosa z krwawieniem lub bez tego, nieżyty gardła, krtani, z chrypką lub zupełnym brakiem głosu, nieżyty tchawicy, oskrzeli, niemniéj nieżyty narządu trawienia, a rzadko nieżyty narządu moczopłciowego.

10) Kaszel bywał w wielu epidemijach objawem najsilniéj występującym. Napadowy kaszel jest częstym tak, iż zdarzało się, że w epidemijach panujących w stuleciu 15, 16, 17, brano infuenzę za koklusz. Podobieństwo jednak między jedną a drugą chorobą polega chyba tylko na kaszlu kurczowo-napadowym, który w kokluszu zawsze, zaś w influenzy tylko czasami się napotyka. Zrazu bywa w influenzy kaszel suchy, późniéj dopiero wydziela się śluz ciągnący, surowiczy, pomięszany zmianą zawierającą niekiedy paski krwawe. Czasem bywają plwociny drzewkowate, odpowiadające rozgałęzieniom oskrzeli. Zauważano jednak również: brak zupełny kaszlu w niektórych przypadkach influenzy.

Zjawisk przysłuchowych nie ma tak długo, jak długo kaszel jest tylko z tchawicy, lub jamy gardłonosowéj. Skoro jednak wystąpi nieżyt oskrzeli, natenczas występują znane objawy przysłuchowe, które dla influenzy nie są swoistemi.

11) Brak tchu (*dyspnoë*) jest częstym towarzyszem influencyjnego zajęcia dróg oddechowych i jest o tyle dla téj choroby cechującym, że nie stoi w stosunku do zmian w tym narządzie tak, że trzeba przyczyny jego w układzie nerwowym szukać, co wtedy jest nie trudnem, jeżeli występują nerwobóle międzyżebrowe; jeżeli zaś tych niema, należy przypuścić, że powodem braku tchu jest zajęcie nerwów oddechowych.

Powikłania i choroby następowe. 1) Zapalenie płuc. Ważną jest rzeczą rozstrzygnąć, ażali zapalenie płuc, które się wikła z danym przypadkiem influenzy jest zapaleniem płuc włóknikowem czyli nieżytowem, lub też zupełnie swoistem.

Wikłanie się zapalenia płuc włóknikowego z influenzą jest rzeczą nader rzadką. Zwiastują go silne dreszcze lub jeden silny dreszcz, znaczne podwyższenie ciepłoty i zresztą znane objawy téj okresowéj choroby.

Zapalenie płuc t. z. nieżytowe jest dalszym ciągiem nieżytu oskrzelowego i przejściem sprawy na pęcherzyki płucne, jest przeto zawsze obok i skutkiem nieżytu najdrobniejszych oskrzeli.

Inaczéj się jednak rzecz przedstawia, jeżeli u chorego dotkniętego influenzą pojawiają się bez nieżytu oskrzelowego, bez poprzednich dreszczów i podniesienia ciepłoty ciała, objawy przeważnie wypukowe, jak niemniéj i przysłuchowe, które świadczą o tem, że pęcherzyki płuc są w stanie zapalnym.

Jeżeli przypuścimy, że influenzę wywołują mikroorganizmy, i że mikroby te są pneumokokami, jakto niektórzy autorowie twierdzą, to nic łatwiejszego jak przypuścić, że zapalenie płuc występujące w przebiegu influenzy jest zapaleniem włóknikowem.

Temu twierdzeniu sprzeciwiają się jednak fakty kliniczne. Bezsprzecznie może się zapalenie płuc włóknikowe wikłać z influenzą. Są to jednak wyjątki; częściéj zdarza się zapalenie płuc skutkiem zapalenia oskrzeli idącego daléj — nieżytowe; istnieje jednak trzeci rodzaj zapalenia płuc, które dotąd przynajmniéj tylko w influenzy spostrzegałem, a które się różni pod każdym względem od wyżéj wymienionych dwóch rodzajów zapaleń płuc. Nazwałbym go zapaleniem płuc influencyjnem, raz dla rozróżnienia go od tamtych 2-ch rodzajów, a powtóre dlatego, że nie zdarzyło mi się, abym się z niem spotkał gdzieindziéj, jak w influenzy.

Zapalenie płuc influencyjne pojawia się zwykle czwartego lub piątego dnia choroby, rzadziéj wcześniéj lub późniéj i lubi po ustąpieniu w jednem miejscu i trwaniu tamże krótkiem wystąpić w drugiem lub też w kilku innych miejscach.

Występuje ono bez dreszczu i bez podwyższenia ciepłoty ciała, nawet bez znaczniejszych objawów podmiotowych a bez badania fizycznego, nie zdradzając się niczem, ani kaszlem, ani kłuciem, ani plwocinami, często przeoczonem być może.

Biermer twierdzi, że zapalenie wikłające się z influenzą jest tak zwaną *pneumonia notha* czyli wrzekome zapalenie płuc, to jest nieżytem oskrzelowym z przekrwieniem płuc bez rozległych nacieków. Twierdzenie to jest zupełnie mylnem i dziś już żaden klinicysta nie będzie rozpoznawał *pneumoniam notham*. Zresztą w zapaleniu płuc towarzyszącem influenzy bywają nacieki rozległe a brak często nieżytu oskrzelowego.

Już temu lat 200 zwrócił Tomasz Sydenham uwagę na swoistość zapaleń płuc, jakie się zdarzają w przebiegu influenzy, wyrażając się, że ono jest urodzone *sub alio sidere* niż zapalenie płuc, które dziś zwiemy włóknikowem, a od którego się przebiegiem i zejściem różni.

Cechami zapalenia płuc influencyjnego są obok wymienionych wyżéj jeszcze te, że stłumienie odgłosu wypukowego występuje niekiedy na bardzo ograniczonem miejscu, bywa często rozsiane po różnych miejscach, już to po jednéj, już to po obudwu stronach klatki piersiowéj, że stłumienie to znika często po 48 godzinach w miejscu, w którem wystąpiło, a pojawia się w drugiem, lub nawet w tem samem. Może stłumienie zajmować także większe przestrzenie płuc a umiejscowienie jego nie jest stałe, albo w dole tylko, albo w szczycie płuc wyłącznie; może zrazu wystąpiwszy w szczytach uchodzić za naciek gruźliczy.

Objawy przysłuchowe różnią się również tak od zapalenia płuc włóknikowego, jak też i nieżytowego. Niema bowiem wyraźnego oddechu oskrzelowego, zwykle nic słychać wydechu i rzężeń dźwięcznych i nie bywa dźwięk głosu zwiększony tak, iż nie trudna byłaby omyłka z zapaleniem opłucny, gdyby nie inne objawy i przebieg nie dozwalały rozpoznawać téj ostatniéj choroby.

Tętno w zapaleniu płuc influencyjnem jest małe, miękkie, nie dwubitne, dochodzące do 110 uderzeń na minutę, podczas gdy w zapaleniu płuc włóknikowem jest tętno znacznie szybsze, pełne i dwubitne.

Bardzo często towarzyszy zapaleniu płuc influencyjnemu duszność przy oddechu szybkim i płaskim, duszność, która nie stoi w stosunku do obszaru zajętego sprawą zapalną w płucach i nie daje się przy braku jakichkolwiek powikłań ze strony serca lub oskrzeli itd. wytłumaczyć.

Zapalenie płuc influencyjne ma wedle opisu najbardziéj obraz zbliżony do zap. płuc opisanego pod nazwą *Streptococuspneumonie* przez Finklera w Bonn. Z własnego doświadczenia nie mogę tego twierdzić, gdyż nie miałem dotąd sposobności obserwowania tego rodzaju zapaleń płuc, lecz opis jest bardzo podobny. (Dok. nast.)

III. O laryngofisurze na podstawie własnego doświadczenia.

Podług wykładu mianego w Tow. lekarskiem krak. w czerwcu 1889 r., uzupełnione przypadkami późniejszemi.

Podał

prof. Dr. Pieniążek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 20).

Drugim rodzajem zmian chorobowych w krtani, które mogą dawać wskazanie do laryngofisury, jest przerost błony śluzowéj, prowadzący do zwężenia. Przerost nieregularny do wytworzenia pojedynczych guzów prowadzący pod względem leczenia bliżéj stoi polipów; odnosi się więc do niego to, co powyżéj o polipach powiedziałem. Tam też wspomniałem o takim przypadku przezemnie endolaryngealnie leczonym. Im jednak przerost taki mniéj jest ograniczony, tem większe sprawia trudności w operacyjnym zabiegu endolaryngealnym; trudności zwiększają się jeszcze znacznie, jeżeli przerost błony śluzowéj do zwężenia krtani doprowadza. Tutaj zazwyczaj rozchodzi się o wybór nie pomiędzy laryngofisurą a endolaryngealną operacyją, ale pomiędzy laryngofisurą a systematyczną dylatacyją. Do tego rodzaju przypadków należy tak zw. *chorditis vocalis hypertrophica*, która nam dała powód do laryngofisury w przypadku 1, 11, 12, 13, 14 i 20. W lżejszych przypadkach zwężenia, które nie wymagają tracheotomii, należy próbować systematycznéj dylatacyi rurkami kauczukowemi Schröttera. W ten sposób leczyłem już z dodatnim skutkiem w ciągu kilku miesięcy cały szereg przypadków. W przypadkach silniejszego zwężenia, gdzie z powodu tegoż tracheotomija wykonaną być musiała, albo gdzie potrzeba tracheotomii w czasie dylatacyi wystąpiła, zachodzi pytanie po dokonaniu tracheotomii, w jaki sposób teraz zwężenie usunąć należy. Tu przedewszystkiem uwzględnić musimy metodę dylatacyi czopkami cynowemi Schröttera. Używając takowych niejednokrotnie zwłaszcza dawniéj w podobnych przypadkach udawało mi się w przeciągu kilku miesięcy usunąć zwężenie i wyjąć kaniulę. W przypadkach tych, w których przerost błony śluzowéj na podstawie ropotoku Störka się wytworzył, czas trwania leczenia nie był zbyt długim. Pamiętnym mi jest jednak jeszcze z kliniki Schröttera przypadek, gdzie przerost błony śluzowéj pod głośnią na tle twardziela (rhinoscleroma) powstały, wymagał lat kilka trwającéj dylatacyi. Zapewne i nasze przypadki 13, 14 i 20 nie mniejby czasu do dylatacyi potrzebowały. Zbitość bowiem wyciętych w tych przypadkach tkanek nie pozwalała na możność szybkiego rozszerzenia rachować. Drugą metodą leczenia takiego przerostu jest wypalanie galwanokauterem, dla którego obecnie jest tu droga i z góry i z dołu, to jest przez głośnię i przez ranę tracheotomijną otwarta. W ten sposób leczyłem dwie chore z wymienionem powyżéj cierpieniem, u których po bezskutecznych próbach dylatacyi rurkami kauczukowemi Schröttera z powodu duszności tracheotomię wykonać musiałem. Przerosła błona śluzowa okazywała się tu niepodatną, jakkolwiek rhinoscleroma stwierdzić nie mogłem. Leczenie galwanokauterem trwało w obu przypadkach 3—4 miesięcy. Sądzę, że dylatacyja czopkami Schröttera z powodu niepodatności przerosłych części dłuższego czasu by łaby potrzebowała. Trzecią, a zdaniem mojem najwłaściwszą metodą w tych przypadkach jest wykonanie laryngofisury, a następnie wycięcie przerosłych wałków błony śluzowéj. W ten sposób bowiem wyleczenie w kilka tygodni nastąpić może. Jestto zasługą ś. p. Szeparowicza, który pierwszy w tem cierpieniu wykonał laryngofisurę. Jego wynikami zachęcony Obaliński wykonał ją w naszym przypadku 1 i zachęcił mnie do wykonywania jéj późniéj (przypadek 11, 12, 13, 14 i 20). Zaznaczam tu raz jeszcze, że laryngofisura w przeroście błony śluzowéj krtani tam tylko jest wskazana, gdzie potrzeba tracheotomii zaszła lub zachodzi; w przeciwnym razie należy zawsze próbować systematycznéj dylatacyi rurkami Schröttera.

Podobnie jak mały polip skutkiem usadowienia w przestrzeni międzynalewkowéj ściągnąwszy do siebie struny głosowe może dać powód do tracheotomii i laryngofisury, (przyp. 6), tak też i mały przerost błony śluzowéj na tylnéj ścianie krtani może ściągnąć do siebie struny głosowe tak, że tracheotomija z powodu duszności staje się konieczną (przyp. 7 i 8). Tutaj zachodzi ścisłe wskazanie do laryngofisury i wyskrobania przerosłéj tkanki. Endolaryngealne zabiegi przed wykonaną tracheotomiją mogłyby z powodu wąskości szpary być nawet niebezpieczne. Wreszcie nawet po tracheotomii na skuteczność ich wcale rachować nie można. W przypadku 7, gdzie nie dość energicznie wyskrobałem tkankę przerosłą, jakkolwiek pewnie wyskrobałem ją silniéj, niżbym to przy endolaryngealnym zabiegu mógł uczynić, skutku żadnego nie osiągnąłem. Natomiast w przypadku 8, gdzie ekochleacyję dokładniéj przeprowadziłem, osiągnąłem skutek zupełnie zadowalający i trwały. Laryngofisury nie mogłaby tu także zastąpić dylatacyja czopkami cynowemi Schröttera; łatwo bowiem pojąć, że nawet dość gruby czopek dałby się wprowadzić, gdyż struny głosowe nie stawiałyby mu wielkiego oporu i łatwo przezeń na boki wgięteby być mogły; po wyjęciu jednak czopka brzegi ich musiałyby się napowrót wyprostować, a tem samem wrócić do dawnéj pozycyi. Żeby zaś czopek wobec podatności strun głosowych był w stanie rozciągnąć ściągającą tylne części strun tkaninę, tego przypuszczać nie można. Wobec tego, co powiedziano, tem mniéj jeszcze na skutek dylatacyi rurkami kauczukowemi (przed wykonaniem tracheotomii) rachować można.

Trzecią grupę przypadków, w których laryngofisura może być wskazaną, stanowią blizny po przebytych chorobach lub zranieniach krtani pozostałe. I tu jednak dopuszczałbym laryngofisurę wtedy tylko, jeżeli endolaryngealne leczenie nie prowadzi do celu, albo też, jeżeli z powodu zwężenia tracheotomija była zrobiona. Blizny takie usadowione w przestrzeni międzynalewkowéj ściągać mogą struny głosowe do siebie i wymagać rozcięcia po dokonanéj laryngofisurze. Blizny okrężne wymagać mogą po laryngofisurze zupełnego wycięcia. W jednym i drugim przypadku sam zabieg operacyjny nie prowadzi zazwyczaj do celu, blizna bowiem zawsze się odtwarza, a ztąd po pewnym czasie dawny stan powraca. Dlatego też w tych razach po dokonanéj operacyi przeprowadzać należy systematyczną dylatacyję i to zwykle przez czas dość długi, aby się od powrotu cierpienia uchronić. Jeżeli jest możebnem rozcięcie blizny endolaryngealne bez wykonania tracheotomii, w takim razie należy po niem przeprowadzać dylatacyję rurkami kauczukowemi. Jeżeli zaś tracheotomija została wykonaną, do dylatacyi używać należy czopków. Wreszcie można w tego rodzaju przypadkach i bez zabiegu operacyjnego odrazu do stopniowéj dylatacyi przystąpić. Co w danym razie lepiéj jest uczynić, zależy od poszczególnych przypadków. Jeżeli tkanka bliznowata do całkowitego zarośnięcia krtani doprowadziła, jak to po wygojeniu okrężnych wrzodów lub po przecięciu krtani w poprzek, zwłaszcza przy używaniu przez czas dłuższy kaniuli bezokienkowéj, miejsce mieć może, wtedy mamy do

wyboru dwie drogi: 1) przebicie tkanki bliznowatéj i następową dylatacyję czopkami; 2) wycięcie blizny zupełne przy laryngofisurze z następowem zakładaniem czopków, celem zapobieżenia ponownemu zwężeniu. Skuteczność jednéj i drugiéj metody w tych razach zależy bardzo od grubości bliznowtéj tkanki. W naszych 3-ch przypadkach bliznowatego zarośnięcia krtani najlżejszym był przypadek 16 ty, w którym błona oddzielająca krtań od tchawicy była dość cienką. Tutaj nie potrzebowałem wykonać całkowitéj laryngofisury, ale częściową tylko, aby rzeczoną błonę zupełnie wyciąć. Do zapobieżenia jéj powrotowi nie potrzebowałem też czopków Schröttera, lecz wystarczyły mi tampony z rozcinaniem od czasu do czasu odtwarzających się części blizny. W przypadku 9-tym tkanka bliznowata, zatykająca krtań, była znacznie grubszą. Udało mi się ją jednak przebić, a otwór następnie w ciągu dłuższego czasu czopkami cynowemi dostatecznie rozszerzyć; jedynie dolne części blizny opierały się dylatacyi, sam koniec bowiem dolny czopka nie może działać rozszerzająco. Prócz tego przyczyniało się do tego znacznie także wciągnięcie ku przodowi dolnego brzegu płyty obrączkowéj. Ten ostatni jak wiadomo wtłacza się zwykle w światło tchawicy przy długiem noszeniu kaniuli. Gruba blizna okrężna ściągając go ku przodowi, wtłoczenie to znacznie zwiększyć musiało. Dlatego to proponowałem prof. Rydygierowi wycięcie klinu w tylnéj płycie chrząstki obrączkowéj, w ten sposób bowiem zwiększyć było można światło krtani, znieść kątowate zagięcie tylnéj ściany pomiędzy krtanią a tchawicą nie osłabiając zbytecznie przez to chrząstki obrączkowéj, jak to w przypadku 9-tym dokładnie opisałem. Wycięcie takiego klina uważam za wskazane wszędzie, gdzie znaczne kątowate zagięcie tylnéj ściany ponad kaniulą znaczniejsze zwężenie krtani w tem miejscu sprawia. W przypadku 16-tym nie wykonałem takowego dlatego, że dolny brzeg płyty obrączkowéj nie był tak silnie wciągnięty, żeby mógł oddech utrudniać. Sądzę jednak, że gdybym to był wykonał, byłbym sobie oszczędził potrzeby dłuższego tamponowania i kilkakrotnego nacinania odrastającéj blizny. W naszym przypadku 2-gim laryngofisura nie osiągnęła pożądanego celu; zadziwiać to jednak wcale nie może wobec grubości tkanki bliznowatéj, która od kaniuli do samych więzadeł sięgała. I tak jednakże stanowiła tu laryngofisura zabieg możliwie najlżejszy, który przecie mógł się powieść; należało go przeto próbować. W przypadkach tego rodzaju, jeżeli laryngofisura z wycięciem bliznowatéj tkaniny i następową dylatacyją, albo też przebicie takowéj z dylatacyją nie prowadzą do celu, uważałbym za najwłaściwsze wycięcie połowy krtani, któreby pozwalało choremu pozbyć się kaniuli i odzyskać głos jakkolwiek bardzo chrypliwy. (Dok. nast.)

IV. Z oddziału chorób wewnętrznych prof. Pareńskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Orexinum muriaticum jako środek natrawienny.

Odczyt miany w Tow. lek. krak. dnia 16 kwietnia b. r. uzupełniony późniejszemi doświadczeniami.

Podał
Dr. Czesław Podgórski,
I. sekundaryjusz tegoż oddziału.

W zeszycie z lutego b. r. *Therapeutische Monatshefte* wystąpił prof. Penzoldt z Erlangi z zaleceniem *Orexinum muriaticum*, jako znakomitego środka natrawiennego. Doświadczenia jego, przedsiębrane na materyjale ambulatoryjnym, wykazywały świetne wyniki, a próby kontrolujące na zdrowych stwierdzały znaczne wzmożenie się łaknienia z równoczesnem podniesieniem funkcyj żołądka, tak chemicznych jak mechanicznych. Przytoczone przezeń wyniki były tak zachęcające, że prof. Pareński, sprowadziwszy lek od firmy wskazanéj przez autora, polecił mi wykonać z nim szereg doświadczeń na swym oddziale.

Orexina (od ὄρεξις = łaknienie), jestto istota pochodna od chinoliny, według składu chemicznego Phenyldihydrochinazolin, a jego sól chlorowa, jestto proszek krystaliczny, w wodzie gorącéj łatwo rozpuszczalny, sprawiający na języku uczucie chwilowo piekące, z następowem kilka minut trwającem znieczuleniem, podobnem jak po użyciu kokainy. Błonę śluzową nosa i spojówki drażni silnie.

Penzoldt w swéj pracy poleca przepisywać ten środek z *Extr. Gentianae*, my jednak wychodząc z zapatrywania, że dla czystości doświadczenia powinno się unikać innych środków natrawiennych, do jakich zalicza się *Gentiana*, przepisywaliśmy z *Extr. et pulv. Liquirit.* i to po jednym decigramie na pigułkę. Lek podawaliśmy w opłatku i uczucia palenia, ani w połyku, ani w jamie ust chorzy nie doznawali nigdy, dla ostrożności jednak można w prywatnéj praktyce według rady Penzoldta polecić na każdą pigułkę powłoczkę gelatynową. Poczynaliśmy od dawek 1 do 3 dcgr. odrazu wśród popijania kubka rosołu z jajem lub mleka, posuwając się do dawek 1·5—2·0 gr. dziennie.

Doświadczenia rozpoczęto od wybadania zachowania się orexiny wobec żołądków funkcyjonujących prawidłowo. Przekonawszy się więc, że u takich chorych, a to dwóch z *rheum. muscul.*, dwóch z *bronchitis lev. grad*, jednego z *ischias*, jednego z *gonitis traumatica*, żołądek czczy jest pusty, podawano w południe obiad próbny Leubego i w jednych razach oznaczano czas najwyższéj kwasoty treści żołądkowéj, doświadczając sztucznem trawieniem siły trawiącéj, a w innych chwilę ukończenia trawienia żołądkowego. Te same próby wykonywano po podaniu rannem 0·30, południowem 0·50 *orexinum*. Takie próby kontrolujące wykonano na powyższych sześciu chorych parę razy i w czterech przypadkach zauważano podnoszenie się kwasoty treści żołądkowéj, z oddziaływaniem na kwas solny bardzo wyraźnem, ale nieznaczne, co najwyżéj o 5—10 tak, że gdy bez orexiny kwasota bywała 40—45, to po zażyciu jéj wzmagała się do 45—55.

Co do ukończenia trawienia, to przyspieszenia téj chwili, zresztą do ścisłego uchwycenia bardzo trudnéj, nie dostrzeżono po orexinie wcale. Na jedno tylko wogóle zwrócić tu uwagę trzeba, a to na szybkość, z jaką u osób zdrowych, przywykłych do spożywania znacznéj ilości pokarmów, następowało wydalenie z żołądka n. p. obiadu próbnego Leubego; podczas gdy w podręcznikach za średnią miarę uchodzi godzina siódma, my prawie zawsze u zdrowych robotników w cztery godziny po obiedzie próbnym znachodziliśmy żołądek próżnym. Co zaś do symptomatycznego działania orexiny, to w powyższych przypadkach i to dawało wyniki ujemne; zwiększenie się bowiem łaknienia nie wystąpiło w powyższych przypadkach ani razu, mogło tu jednak deprymująco wpływać sondowanie, uwzględniając więc to podawano osobom całkiem zdrowym (posłudze szpitalnéj), a nawet i niektórym z powyżéj wymienionych orexinę po 0·30 i 0·50 bez następowego wydobywania treści żołądkowéj i na sześć w ten sposób badanych osób u trzech było po każdem podaniu tego środka dość silne pobudzenie łaknienia, prze-

mijające jednak po kilku godzinach, u innych żadnego działania nie dostrzeżono.

Z chorymi wykonano liczne próby, a stosownie do wartości wzmożenia się łaknienia w danym razie przeważnie z chorymi na gruźlicę ze zmianami do mniejszego lub większego stopnia posuniętemi, a wyniki były następujące:

I. Chorzy na gruźlicę:

1) Z. J., służąca, l. 24, *Tub. pulm.* Apetyt bardzo mały od dłuższego czasu, 18/4 0·3 or.[1], ani w tym ani następnym dniu apetyt się nie poprawia. Podano więc 20/4, w południe 0·3, wieczorem 0·5 or. Chora jak dawniéj nic prawie nie je.

2) M. M., służąca, l. 32, *Tub. pulm.* 10/4. 0·3 w południe, 0·5 or. wieczorem. W godzinę po użyciu leku nudności, do wymiotów nie przyszło. Apetyt bardzo mały jak poprzednio.

3) M. W., l. 35, wyrobnica, *Tub. pulm. cum hydrope.* Chora od dawna nic nie je, oprócz skąpych ilości płynnych pokarmów. 16/4 podano 0·3 or. bez skutku. 19/4 0·3 w południe i 0·5 or. wieczorem. Apetyt dnia następnego się znacznie poprawił i utrzymuje się przez trzy dni, kiedy chora na własne żądanie szpital opuszcza.

4) M. O., praczka, l. 55, *Tub. pulm. Arthritis fungosa tarsi sin.* 19/4 0·3 i i 0·5 or. Łaknienie dotąd bardzo małe według podania choréj jeszcze się po leku zmniejszyło.

5) M. Ł., l. 60, wyrobnica, *Phthisis pulm. fibrosa*, 8/4 0·3 or. bez skutku. 11/4, 0·8 or. w dwóch dawkach. Apetyt się nieco poprawił. Kolacyją chora zjadła ze smakiem, ale już 12/4 łaknienie wróciło do dawnego lichego stanu.

6) T. G., l. 21, *Tub. pulm.*, 28/3, z powodu zupełnego braku apetytu 0·3 or. bez skutku, 3/4 0·3 or. w południe, a 0·5 wieczorem Po dawce wieczornéj w godzinę były wymioty. Chora w ustach miała przytem uczucie palenia. Apetyt ciągle jednakowo mały. 15/4 0·3 i 0·5 or., bez wymiotów chora zniosła, ale apetyt się nie poprawił.

7) W. St., l. 38, *Tub. pulm. Gonitis fungosa.* Po resekcyi stawu kolanowego apetyt przedtem dobry zniknął. 21/3, 0·3 or. nie poprawia. 24/3 wieczorem 0·3 or., 25/3 rano 0·5 or. Przez dwa następne dni apetyt nieco lepszy, ale wkrótce podupada i już pomimo podania 12/4 trzy razy po 0·5 nie poprawił się wcale. Ubocznego ujemnego działania nie dostrzeżono.

8) A. J., przy rodzicach, l. 18, *Tub. pulm.* 20/3, podane 0·3 or. na polepszenie apetytu nie wpłynęło. Daléj chora leku brać nie chciała.

9) J. F., l. 66, wyrobnik, *Phthisis pulm. fibrosa*, 2/4, po 0·3 or. apetyt jak dawniéj bardzo mały, 9/4, podano 0·3 i 0·3 or., również bez skutku.

10) J. B., l. 35, wyrobnik, *Peritonit. bacillosa subacuta.* Chory ma apetyt dobry, który po podaniu 15/4 0·8 or. na dni parę jeszcze się wzmógł.

11) M. K., emeryt. urzędnik, l. 65, *Tub. pulm.* Brak zupełny apetytu od dłuższego czasu. Stan ten nie zmienia się po podaniu 16/4, 0·3, a 19/4 0·3 i 0·5 or.

12) M. K., l. 26, stolarz, *Phthisis pulm.* 18/4, podano 0·3 or. apetytu nie poprawia. 20/4, podane 0·3 i 0·5 or. podnoszą łaknienie na jeden dzień, które potem znika zupełnie.

13) J. P., woźny, l. 55, *Pleurit. exsud. serosa in ind. c. indurat. apic. pulm. dextri* 10/4, 0·3 or. pozostają bez skutku. 12/4, 0·3 i 0·5 or., również łaknienie zwiększają.

14) J. M., l. 40, wyrobnik, *Tub. pulm.*, 10/4, podano 0·3 or. złego apetytu nie poprawia.

II. Chorzy na różne choroby:

15) E. S., wyrobnica, l. 50, *Endocardit. chron.*, chora bardzo mało jada, wymioty bardzo rzadko bywają. 8/4, 0·3 or. apetytu nie zwiększa, ale po użyciu w godzinę dwukrotne wymioty. 5/4, 0·3 i 0·5 or., znowu wywołują wymioty w półtoréj godziny. Apetyt jednakowo zły.

16) K. J., l. 50, wyrobnica, *Bronchitis diff. in. ind. c. Endocardit. chron.* Choréj z powodu bardzo małego łaknienia podano w południe 0·3 i wieczór 0·3 or. Po drugiéj dawce chora dostała zawrotu głowy, szumu w uszach, twarz była zaczerwieniona, tętnice silnie napięte. Stan ten w kilkadziesiąt minut przeszedł.

17) M. J., l. 25, służąca, *Polyarthritis acuta. Endocard.* 15/4, z powodu zupełnéj prawie anoreksyi podano 0·3 or. bez skutku. 20/4, chora ciągle nie prawie nie je, odżywienie podupada, a 0·3 i 0·3 or. apetytu nie podniosło. Na stan gorączkowy oddziałania nie zauważono.

18) J. G., l. 40, praczka. Apetyt bardzo mały po 0·3 or. się nie poprawia. Chora daléj leku nie używa.

19) A. Ch., służąca, l. 28, *Bronchitis dif. in Emph.*, z powodu braku apetytu 21/3 0·3 or. Apetyt jednakowy. $^1/_4$ 0·7 or. w dwóch równych dawkach w południe i wieczorem wywołuje wymioty. Apetyt nie lepszy. 20/4, podano 0·3 i 0·5 or. poprawia łaknienie (co jednak mogło i od ogólnéj poprawy zdrowia pochodzić).

20) Z. O., l. 28, służąca, *Perimetritis.* Brak apetytu 17/4 0·3 or. bez skutku. 21/4, 0·3 i 0·5 or. wywołują na jeden dzień znaczne wzmożenie się łaknienia, które już 23/4 zniknęło.

21) H. K., wdowa po urzędniku, l. 54, *Endocardit. chr.* 22/3, 0·3 or. w półgodziny zostało zwymiotowane.

22) M. N., l. 30, żona wieśniaka. *Febris puerp. Thrombosis v. crur. sin.* Chora bardzo osłabiona nic nie spożywa. 19/4 podano 0·3 or., wieczór zjadła ze smakiem kolacyję. 20/4, 0·5 or., apetyt jeszcze się poprawił. Równocześnie jednakże i ogólny stan się zmienił, gorączka spadła tak, że poprawa łaknienia mogła pochodzić od polepszenia się ogólnego stanu. Chora w kilka dni na żądanie rodziny szpital opuściła.

23) Z. N., służąca, l. 42, *Induratio apicum in ind. anaemico.* Po każdorazowem podaniu 0·3 or. poprawia się apetyt na kilkanaście godzin.

24) P. C., lat 36, murarz, *Bronchitis diffusa*, 20/4, po dwukrotnem podaniu 0·3 or., chory tegoż i następnego dnia je z lepszym smakiem, ale co do ilości tyle co i poprzednio.

25) J. K., l. 34, wyrobnik, *Bronchitis diffusa*, 0·3 or- bez skutku.

26) M. K., l. 56, *Nephritis subacuta*, 20/3, 0·3 or. zupełnego braku łaknienia nie usuwa podobnie jak podane 23/3, 0·5 or.

Z chorych na żołądek miałem sposobność podawać w 2 razach orexinę, w jednym u J. P., l. 32 liczącéj, szwaczki, z rozpoznaniem *Catarrhus acidus ventriculi cum dilatatione* każdorazowe podanie orexiny zwiększało przypady podmiotowe jako bóle kłujące, zgagę i nudności nie wpływając na zmniejszenie częstości wymiotów i zatrzymywanie się pokarmów w żołądku. W drugim przypadku u W. J., krawca, l. 55 liczącego, z rozpoznaniem *carcin. ventriculi*, u którego czasami poprzednio bywały wymioty krwawe, wystąpiły w kilka godzin po podaniu orexiny silne wymioty krwawe, które choć samoistnemi być mogły, od dalszego użycia tego środka u chorego tego mnie powstrzymały.

Z powyższych doświadczeń wykazuje się, że trwałego zwiększania się apetytu, pociągającego za sobą jako istotny dodatni skutek n. p. podwyższenie wagi ciała, nie spostrzegano po orexinie ani razu. W kilku z przytoczonych przypadków podnosiło się trwale łaknienie na jakiś czas, ale były to przypadki, z wyjątkiem 3-go, gdzie niestety chora usunęła się z pod dalszéj obserwacyi, w których mogło to być wynikiem równoczesnego polepszenia się ogólnego stanu. Zresztą zauważano wzmaganie się łaknienia lub przynajmniéj poprawę smaku przy niezwiększonym apetycie dość często, ale zawsze przemijająco, a w bardzo wielu przypadkach, bo w większéj połowie obserwacyj, przetwór podany żadnego skutku nie sprawiał. Wobec zaś doświadczeń kontrolujących, wykazujących istotnie w kilku przypadkach podnoszenie się choć nieznaczne kwasoty żołądkowéj po orexinie, można sobie łatwo wytłumaczyć także przemijające zwiększenie się apetytu po podaniu tego środka drażniącem jego działaniem na błonę śluzową żołądka zupełnie odpowiedniem do drażnienia spojówki, błony śluzowéj nosa i jamy ust.

Te tak odmienne wyniki od podanych przez Penzoldta naprowadzają mimo woli na przypuszczenie albo, że może lek ten nie jest jeszcze przetworem trwałym, o pewnym składzie chemicznym, i że rzecz, z którą robił doświadczenia Penzoldt, była czemś innem niż lek podawany chorym przez nas (choć to przypuszczenie osłabia okoliczność, że *orexin. muriat.* sprowadzał prof. Pareński kilkakrotnie od firmy wska-

---

[1]) *Orexinum muriaticum.*

zanéj przez autora, a wyniki bywały zawsze te same), albo że lek powyższy wejdzie do arsenału lekarskiego, chyba tylko jako podniecający jedynie chwilowo łaknienie przez podrażnienie błony śluzowéj żołądka, mogący jednak w razie dłuższego używania go (a tylko w ten sposób możnaby osiągnąć wpływ długo trwały) wywołać zaburzenia żołądkowe, podobnie jak nadmiernie używane środki korzenne, równie jak on zawdzięczające swe działanie swym własnościom drażniącym.

Jako uboczne ujemne działanie wymienić trzeba czasami występujące wymioty, ale głównie u osób już poprzednio do nich skłonnych.

Oprócz tego zauważano w trzech razach objawy, o jakich Penzoldt wspomina to jest: szum w uszach, zawrót głowy bez bólów, szybko przemijający.

U osób z cierpieniami żołądka jakkolwiek szczupłe doświadczenia dotychczasowe nakazywałyby z tym środkiem ostrożnie postępować.

Już po ukończeniu tych doświadczeń i napisaniu rozprawki, wyczytałem dwa artykuły również o działaniu orexiny traktujące. Jeden z kliniki prof. R. Jakscha w Pradze przez Dra Hugona Glückziegla (Prager Med. Wochenschrift, 1890, 13) o 17 doświadczeniach, w których w większéj liczbie miało być działanie korzystne, w trzech nie było żadnego pomyślnego wpływu, lecz przeciwnie nawet wymioty, w jednem powstały boleści brzucha.

Drugi Dra Beli Imredy w Budapeszcie (Orvosi Hetilap. 1890, 13); o 12 przypadkach, w których wogóle środek ten źle znoszono i występowały wymioty, w siedmiu apetyt powiększył się, a w innych nie było żadnego na łaknienie wpływu

W końcu niech wolno mi będzie podziękować na tem miejscu WP. prof. Pareńskiemu za światłe i łaskawe kierownictwo, a kol. Dr. Wład. Pohoreckiemu za życzliwą i skuteczną pomoc w przeprowadzeniu powyższych doświadczeń.

V. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Dr. G. Kabrhel: **Działanie sztucznego soku żołądkowego na chorobotwórcze grzybki.**

Kwas solny wobec ciał białkowatych traci w znacznéj części na działaniu antyseptycznem, gdyż prątki durowe błonicy (Emmericha) i *staphylococcus pyogenes aureus* mogą pozostawać pod działaniem ich w znacznem zgęszczeniu nie tracąc na swéj żywotności Ponieważ kwas solny w żołądku przez pierwsze trzy godziny w czasie trawienia związany jest przez ciała białkowate, to prawdopodobnie przez tak długi czas i prątki duru żyją w żołądku i w stanie żywotnym mogą się przedostawać do jelit. Co do prątków przecinkowych Kocha, to te niszczeją nawet w obecności ciał białkowatych. W każdym razie i te mikroby opierają się działaniu kwaśnych połączeń białkowatych przez 15 minut. (*Archiv f. Hygiene* B. X, H. 3). *Dr. Buszek.*

Patologija.

Dr. Renvers (Berlin): **Ascites chylosus.**

Pierwszym, który widział i wyjaśnił gromadzenie się w jamach surowiczych cieczy jakby mlecznéj, a którą słusznie jako limfę opisał, był Poucy. W najnowszych czasach naliczył Samuel Busey 39 ogłoszonych przypadków przeciekania i gromadzenia się limfy w przestworach ciała ludzkiego. Według Quinckego w pewnéj części przytoczonych przypadków ciecz, którą wzięto za lymfę, składała się przeważnie z tłuszczowo rozpadłych komórek przybłonkowych, jakto spostrzegać się daje w przebiegu chronicznego gruźliczego i rakowego zapalenia otrzewnéj. Jeżeli jednak większe naczynia limfatyczne zostaną skaleczone lub wskutek procesów chorobowych przepuszczają zawartość swoją, może przyjść do nagromadzenia się w jamach większéj lub mniejszéj ilości limfy. Już i zapalenia i owrzodzenia skóry sprowadzają zastój cieczy i jéj skrzep w powierzchownych naczyniach chłonnych, który albo do ich pękania lub przesączu prowadzi. W niewyjaśnionym jeszcze związku z tą sprawą stoi chyluria, pojawiająca się zawsze w chwili wtargnięcia do krwi pasorzyta *filiaria hominis.* Senator i Winkel opisali 2 przypadki *ascites chylosus* jedynie tylko tym pasorzytem wywołane. Za przyczynę więc omawianego objawu patologicznego uważać musimy w pierwszéj linii skaleczenie i przebicie naczyń chłonnych, zwolnienie krążenia limfy i ostateczny jéj zastój, jakoteż jeszcze bliżéj nie znane nam zmiany ścian samychże naczyń chłonnych. Podwiązanie *ductus thoracicus,* jakto robił Heidenhain, nie sprowadza opuchliny lub przesączu limfatycznego, w takim razie bowiem naczynia krwionośne przyjmują na się pracę zastępczą. Nie zupełnie przemawia za tem w dalszym ciągu przytoczona historyja choroby kobiety młodéj, która w wewnętrznéj klinice berlińskiéj zmarła. Jako wybitne objawy przytoczyć wypada znaczny *ascites* i *oedema pedum.* Trójgrańcem z jamy brzucha wydobyta ciecz była barwy mlecznéj. Z surowicą pomięszana była w znacznéj części treść naczyń chłonnych, jakto prof. Salkowski rozbiorem i badaniem udowodnił, a przyczyną *ascites* w tym przypadku była także marskość wątroby. Sekcyja wykazała także zastój limfy w rozszerzonym nadmiernie *ductus thoracicus*, a to z powodu obliteracyi żyły podobojczykowéj w miejscu, w którym się z przewodem łączy. Niepodlega wątpliwości, iż skutkiem obliteracyi żyły i zastoju w wielkiem naczyniu chłonnem przyszło do przesączu nietylko saméj surowicy, ale i limfy w jamę otrzewnową. Był to więc przypadek kombinowany. (*Berl. kl. Wschft.*, 1890, Nr. 14).

Dr. Schreiber (Peszt): **Gąsienice much w ciele zwierzęcem i ludzkiem.**

W *Brl. kl. Wschft.*, Nr. 7 (patrz *Przegl. Lek.* Nr. 13) opisał prof. Senator przypadek wylęgnienia się gąsienic zwykłéj muchy domowéj w żołądku i połyku młodego człowieka, zwracając szczególnie uwagę na rzadkość przytoczonego opisu. Z okazyi téj ogłasza Dr. Schreiber z Pesztu kilka bliższych i ciekawych szczegółów z dziedziny gnieżdżenia się gąsienic much w organizmie zwierzęcym i ludzkim, które streszczone z pewnością czytelnika zainteresują.

W Ameryce południowéj żyje mucha (*Musca antropophaga*), która składa jaja tylko w jamie nosowéj człowieka. Tutaj też wylęgają się jéj gąsienice, wędrują często do jam czołowych (*sinus frontales*) i krtani, niemałe zaburzenia i zniszczenia wywołując. Gąsienice pewnego rodzaju much (*Hypoderma*) wylęgają się i żyją tylko w tkance podskórnéj niektórych dwukopytnych jak u wołów, jeleni itd., stając się powodem guzów i zapaleń skóry. W środkowéj i południowéj Ameryce gąsienica muchy *Dermatobia* lub *Oestrus hominis* lęgnie się w skórze samegoż człowieka i z tego względu lekarzom bardziéj znaną być winna. Pierwszą wiadomość o niéj podał A. Humboldt w pracy swéj *Oestrus hominis.* (Archiw Virchowa, tom 26). Gąsienice much posiadają przy otworze ustnym po 2 pary haczyków ostrych, za pomocą których silnie w błonę śluzową lub inną tkankę się wbijają i nie łatwo usunąć się dają. Dlatego też w przypadku Senatora wypłukanie żołądka było bezskuteczne, gdy tymczasem wymioty mnóstwo ich stamtąd wydaliły. Dlatego też w podobnych przypadkach wypłukiwanie jamy nosa lub połyku nie prowadzi do celu, ale w celu zwolnienia nawiedzonego od tak nieprzyjemnego gościa trzeba użyć środków energiczniejszych. Sposób w jaki jaja do odpowiednich jam u niektórych zwierząt się dostają jest następujący: muchy składają jaja na sierści przednich nóg a skutkiem wywołanego swędzenia zwierzęta językiem lub nozdrzami wilgotnemi zlizują jużto same jajka, jużto już wylęgłe młode gąsieniczki. Niektóre gatunki much wprost na błonę śluzową odpowiednich jam jaja składają, a *oestrus hominis* za pomocą ostrej sawki przecina skórę człowieka i w utworzony rowek jajka wpuszcza. Pasorzyty te znajdują dostateczną ilość tlenu do rozwijania się i utrzymania życia w zaułkach ciała zwierzęcego a jak go mało potrzebują, dowodem jest *musca haemorrhoidalis*, przeważnie w odbytnicy konia i osła żyjąca. (*Berl. kl. Wschft.* 1890. Nr. 18).

Farmakologija.

Dr. Ehrenmann (Heidelberg): **Acidum trichloraceticum w chorobach nosa i gardła.**

Acidum trichloraceticum, kw. trójchloroctowy, który jako lek żrący i ściągający Stein z Moskwy pierwszy na zjeździe laryngo- i rinologów, podczas ostatniéj wystawy powszech-

néj w Paryżu, zalecał, wytwarza się w postaci kryształków bezbarwnych, przeźroczystych o słabo szczypiącéj woni, w wodzie i alkoholu łatwo rozpuszczalnych. Jako *causticum* używał E. kryształków *in substantia*, któremi za pomocą odpowiednio zakończonéj sondy miejsca błony śluzowéj nosa lub gardła według potrzeby przypalał. Po téj czynności tworzył się zawsze biały, ograniczony strup, który najpóźniéj po 6-ciu dniach zupełnie odpadał. Szczególny nacisk kładzie autor na to, że kauteryzowanie tym kwasem nigdy nie wywoływało reakcyi zapalnéj, a za tem przewyższa w tym kierunku nawet galwanokauter. Stosowanie tego *causticum* nie sprawia także prawie żadnego bólu, co w praktyce między dziećmi nie małéj jest doniosłości. E. leczył tym kwasem 140 przypadków różnych przerostów i zgrubień błony śluzowéj nosa i gardła i z wyników jest nadzwyczaj zadowolony, zachwala go też daleko bardziéj, niż kwas chromowy, który z kliniki prof. Jurasza w Heidelbergu już zupełnie na korzyść omawianego leku wyrugowany został. Kwasu tego doświadczano także z dobrym skutkiem jako *adstringens* w rozczynie według następującego przepisu: Rp. *Acid. trichloracet.* 0·30, *Jodi pur.* 0·15, *Kal. jodat.* 0·20. *Glycerini* 30, 0. DS. Pędzlowanie. Szczególnie w *tonsillitis fal.* i *pharyngitis chron.* pędzlowania tym środkiem szybko do wyleczenia prowadziły. (*Münchner med. Wschft.*, 1890, Nr. 9). *Dr. Mendelsburg.*

Dr. Stepp: **Bromoform jako środek leczniczy w kokluszu.**

St. podaje, że około 100 dzieci chorych na koklusz leczył bromoformem zawsze z wynikiem bardzo zadowalającym. Wyleczenie nastąpiło zawsze w przeciągu 2 do 4 tygodni. Środek ten podaje w kroplach we wodzie, a mianowicie u dzieci do 1-go miesiąca po jednéj kropli, u starszych osesków 2 do 3 kropli, u dzieci od 2 do 4-ego roku życia po 4—5 kropli, a do 7-ego roku życia po 6 do 7 kropli — zawsze trzy razy dziennie. Preparat łatwo się rozkłada, dlatego nie należy przepisywać więcéj, niż 3·0 grm. naraz. (*Münch. med. Woch.* 1889, 46). *Dr. Süsskind.*

Chirurgija.

Antal (Buda-Peszt): **Pęknięcie cewki moczowéj.**

Po upadku na krawędź deski wystąpiło u 44-letniego robotnika okrętowego zatrzymanie moczu i krwawienie z cewki, które mimo stosowania okładów lodowych utrzymywało się. Założenie kateteru twardego wstrzymało krwotok, lecz wkrótce wytworzył się guz na międzykroczu, który się rozszerzył na moszna. Drugiego dnia chory mocz oddał, ale ponieważ wystąpiła gorączka, wykonano uretrotomiję zewnętrzną i przekonano się, że cewka była poprzecznie rozdartą, a brzegi rany były na 2½ cm. od siebie odległe. A. zeszył cewkę, założył kateter na przeciąg 24 godz. na stałe. Gorączka ustąpiła, mocz oddawał chory bez trudności nawet po usunięciu kateteru. Rana powstała po rozdarciu zgoiła się *per primam*, zostawiając nieznaczną linijną bliznę. (*Monatsheft f. prak. Dermat.* Nr. 5, X). *Dr. Kurasiewicz.*

Choroby oczne.

Keměny (Erlau): **Śluzotok rzeżączkowy oka.**

Badania Piringera wykazały, że jad rzeżączkowego zapalenia spojówki znajduje się stale w śluzoworopnéj wydzielinie spojówki. Bez wydzieliny tryprowéj, która pochodzi z cewki moczowéj albo z powiek, nie może powstać rzeżączka spojówki, a jaglica zawdzięcza swe powstanie również śluzotokowi spojówki lub wydzielinie oka jaglicą dotkniętego. Przez to udowodniona jest tożsamość wszystkich postaci śluzotoków oka, a teoryja powstawania przez szkodliwości atmosferyczne, chemiczne lub mechaniczne obecnie jest bez znaczenia. Według Piringera tylko wtedy zaszczepia się rzeżączkę spojówki, jeżeli śluz dostaje się na brzeg powiekowy lub do worka spojówkowego, czyli bakteryjologicznie, jeżeli do tych miejsc dostanie się gonokok Neissera, przyczem wydzielina śluzowo-ropna jest najczęściéj nośnikiem drobnoustroju. Twierdzenie to jest o tyle uprawnionem, o ile w śluzoropotoku noworodków wykazać zawsze można gonokoki podobnie jak w ropnéj wydzielinie śluzotoku spojówkowego i w mieszkach jaglicy. Jeśli to jest prawdą, to powinno badanie bakteryjologiczne i jego wynik dla rozpoznania i leczenia chorób oka odgrywać daleko ważniejszą rolę, niż obecnie. Ponieważ gonokoki zawsze w wydzielinie śluzotoku przez ich cechujące zachowanie się wobec ciałek ropy rozpoznać i od innych podobnych koków odróżnić można, dlatego już sam wynik badania bakteryjologicznego byłby ważnym dla pytania, czy istnieje niebezpieczeństwo zarażenia dla zdrowego oka lub dla otoczenia, czy nie, podobnie jak wynik badania wydzieliny tryprowéj cewki jedynie powinien rozstrzygnąć o dozwoleniu dalszego spółkowania. W końcu rozprawy opisuje K. przypadek samozakażenia prawego worka spojówkowego wydzieliną tryprową, w którym badaniem bakteryjologicznem można było stwierdzić rozpoznanie: *Conjunctivitis blenorrhoica*. Żołnierza przyjęto do szpitala wojskowego z ostrą rzeżączką; po kilku dniach wystąpiło zapalenie spojówki, w wydzielinie poszukiwano gonokoków z wynikiem dodatnim. Żołnierz późniéj przyznał się, że kompresem, przeznaczonym do oczyszczania prącia z wydzieliny tryprowej, wytarł sobie przez pomyłkę oko. W końcu podaje K., lekarz pułkowy, słuszne uwagi co do pouczania żołnierzy o niebezpieczeństwach wynikających z przeniesienia wydzieliny chorób zakaźnych. (*W. m. Bl.*, 1889, Nr. 33). *Dr. Baschkopf.*

Choroby skórne.

Kaurin: **O dziedziczności trądu.**

Na podstawie 22 przypadków trądu obserwowanych przez siebie podaje K., że jedyną przyczyną tegoż było bliższe obcowanie z trędowatymi. Hansen przeciwnik nauki o dziedziczności trądu badał 161 Norwegów, którzy obarczeni trądem przybyli do Ameryki, lub dopiero po przybyciu tamże po krótszym lub dłuższym czasie na trąd zachorowali i zauważył, 1) że przebieg téj choroby jest ten sam w Ameryce jak w Norwegii, 2) że klimat nie ma wpływu na przenośność, bo ani raz nie obserwował przeniesienia się trądu na zdrowych, ani też nie widział go u członków familii (w kilku przypadkach licznych) zrodzonych w Ameryce, chociaż pochodzili z rodziców obarczonych trądem. Ani jednego zatem przypadku trądu dziedzicznego nie widział H. w Ameryce, ani też nie zauważył szerzenia się tegoż przez zarażenie się, a przyczynę tego upatruje w téj okoliczności, że przybyli z Norwegii do Ameryki znajdują się wśród lepszych warunków hygienicznych i mają lepiéj urządzone mieszkania niż w ojczyźnie, tudzież że odosobnianie chorych trędowatych od zdrowych bardzo bywa przestrzegane i t. d.

Co do leczenia trądu, to według spostrzeżeń Danielsena ichtyol i salicylan rtęciowy okazały się bez skutku, zaś salicylan sodowy działał skutecznie tak w formach anestetycznych jak i przy ostrych wybuchach zmniejszając gorączkę i tamując wybuch. Wogóle uważa D. trąd za cierpienie uleczne, chociaż środka swoistego dotąd jeszcze nie odkryto. (*Monatsh. f. prakt. Dermat.*, X, Nr. 5). *Dr. Kurasiewicz.*

Choroby umysłowe.

Willerding: **O korzystnym wpływie chorób gorączkowych na choroby umysłowe.**

Kobieta 32 lat licząca, pochodząca z rodziny zdrowéj, 4 tygodnie po porodzie zapadła na dur brzuszny. W trzecim tygodniu choroby chora była bardzo rozdrażnioną, miała urojenia i mówiła od rzeczy. Przeniesiona późniéj do zakładu była za nadto wesołą, bardzo niespokojną i gadała ciągle niestworzone rzeczy. Czasem znowu przez kilka dni ani słowa nie przemówiła, tylko spokojnie siedziała i patrzała przed siebie godzinami osłupiona. Nagle wystąpiła u niéj gorączka i silne bóle w boku. Rozwinęło się obustronne wysiękowe zapalenie opłucnéj, które szybko ustępowało tak, że chora po 14 dniach mogła łóżko opuścić. Razem z zapaleniem opłucny ustępowała i choroba umysłowa (manija) tak, że po 3 miesiącach chora zupełnie uleczona opuściła zakład. (*Allg. Zeitschr f. Psych.* XLVI 5, p. 606, 1890). *Dr. Süsskind.*

Toksykologija.

Braus: **Zejście śmiertelne w następstwie nadużywania wcierań.**

B. donosi o dwu przypadkach czerwonki rtęciowéj, które po krótkim czasie zakończyły się śmiercią. Pierwszy chory wcierał na własną rękę przez 3 tygodnie po 5 gramów dziennie, następnie 10 gramów dziennie, zachorował nagle wśród wielkiego upadku sił, gwałtownych dolegliwości jelitowych i umarł po trzech dniach. Drugi chory już podczas pierwszych tygodni leczenia wcieraniami doznawał bolu

brzucha, które przypisywał przeziębieniu; wcierał jednak daléj 5 gramów szaruchy dziennie bez kontroli lekarza i także nagle zachorował wśród gwałtownych bólów i parcia na stolec; cały brzuch był bardzo tkliwy. Również i tego chorego, który oprócz lodu i szampana nic więcéj przyjmować nie mógł, leczył B. makowcem i wstrzykiwaniami morfinowemi. Wśród wzmagania się objawów zapalenia otrzewny nastąpiła śmierć na końcu tygodnia. Oględziny pośmiertne wykazały rozdęcie ogromne jelit cienkich z wynaczynionkami i owrzodzeniami, otrzewnę przyćmioną, pokrytą cienką warstwą włóknika. B. tłómaczy powstawanie tak gwałtownych objawów jelitowych indywidualnemi różnicami w szybkości wchłaniania; tłómaczy działanie rtęci porażeniem mięśni jelitowych. Leczenie: kąpiele parowe, ciepłe okłady, makowiec, a tylko w zaparciu stolca ol. rycyn., a potem makowiec. (*Deut. med. Woch.*)

Notatki lecznicze.

Intubacyja krtani. Zabiegu O'D w y e r a używa się w szpitalu dla dzieci w Zurychu. Osiągnięte nim wyniki, o których donosi O. G u y e r (*Schw. Corr. Bl.*, Nr. 13) są bardzo pomyślne. Zastosowano intubacyję w 27-iu przypadkach ostrego zwężenia krtani wysokiego stopnia, w którychby przecięcie krtani było potrzebnem; z tych 13 wyzdrowiało, między temi dwoje dzieci 8-io, względnie 13-to miesięcznych. Wprowadzenie rurki okazało się łatwem przy pewnéj wprawie. G. tak formułuje wskazanie: w każdym przypadku silnego ostrego zwężenia krtani stosuje się intubacyję. Jeżeli jednak jeszcze przez dłuższy czas istniejące zaciągania i inne objawy czynią bardzo prawdopodobną błonicę oskrzeli, przecinamy po intubacyi tchawicę.

M o n c o r v o dostarcza nowych dowodów **korzystnego wpływu antipyryny w pląsawicy.** U dwojga 10-cio i 14-to-letnich dzieci, u których pląsawica trwała przez tygodnie i lata, mógł za pomocą antipyryny w 2-ch—3-ch tygodniach osiągnąć trwałe wyleczenie. Podawał go w dawkach 3—6 iu gramów dziennie, które dzieci dobrze znosiły, nie okazując żadnych nieprzyjemnych następowych zboczeń. (*Rev. gen. de clin.*, Nr. 36).

W sprawie leczniczego zastosowania antipyryny przypomina M. O p i t z doniesienie Eichhorsta o korzystnem działaniu antipyryny w moczówce zwykłéj; ilość moczu dzienna dochodziła po niéj do prawidłowéj, ciężar ciała powiększał się, przypady podmiotowe znacznie się poprawiały. Zacząć od dawki dziennéj 2-ch gramów (0·5—1·0 pro dosi) i po dojściu do 6 gr. przerwa 8-io-dniowa dla badania następowego działania leku.

Dr. Baschkopf.

VI. Zakopane jako miejsce klimatyczne.

Napisał
Dr. Stanisław Ponikło.
Docent U. J. i c. k. lekarz powiatowy.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21).

Z pełnem przeświadczeniem orzec można, że Zakopane jako miejsce klimatyczne alpejskie jest dzielnym środkiem leczniczym w lżejszych postaciach neurasthenii, przedewszystkiem w formie mózgowéj i rdzenio-pacierzowéj. Powolne lecz nieustanne pobudzanie przemiany ogólnéj materyi klimatem przyzwyczaja zwolna zwątlony układ nerwowy do sprostania większym wymaganiom, równocześnie odżywiając takowy energiczniéj.

Jeżeli gdzie, to w tych właśnie przypadkach zmienione warunki i wpływ psychiczny podnoszącéj, dzikiéj przyrody alpejskiéj jest z pewnością dopomagającym czynnikiem leczniczym. Chorzy tacy, jeżeli im są równocześnie wskazane procedury wodolecznicze, mogą korzystać w Zakopanem ze wzorowo urządzonego zakładu wodo-leczniczego, a jest zupełnie naturalnem, że zakład wodo leczniczy w uzdrowisku klimatycznem alpejskiem to przecież coś innego, niż takiż zakład w nizinie tuż pod wielkiem miastem. Również systematyczne używanie zrazu ostrożne, stopniowo dosadniejsze kąpieli w pobliskiéj cieplicy „Jaszczurówka“ może tu działać bardzo skutecznie.

Przypadki atoli neurasthenii bardzo rozwiniętéj i daleko posuniętéj z wyraźną niedokrewnością znaczniejszą, ze zwątleniem siły trawienia, lub przypadki neurasthenii mózgowéj, już graniczącéj o zboczenie umysłowe, z objawami ciężkiéj hypochondryi lub hysteryi nie nadają się w ogóle dla braku potrzebnéj odporności do leczenia w Zakopanem; w takich przypadkach potrzeba zrazu postępowania więcéj uspokajającego układ nerwowy; dla takich chorych stosowniejszym będzie pobyt w miejscowościach o średniéj cieplocie wyższéj, o powietrzu czystem, w klimacie podgórskim, obok stosowania wskazanych specyjalnych metod leczniczych n. p. dyjetetycznych, używania zdrojów i kąpieli żelezistych, miesienia i t. d.

Jak wszędzie, tak i tu szablon zawodzi i koniecznem jest indywidualizowanie, a każde przedsiębranie leczenia klimatycznego, nawet w najlżejszych przypadkach neurasthenii, wymaga uprzedniéj pewnéj i umiejętnéj dyjagnozy, a zatem wskazówek lekarza na dokładnem zbadaniu ustroju opartych.

b) G r u ż l i c a.

Na wiele lat przed wykryciem prątka Kocha i uznaniem gruźlicy za chorobę pasorzytniczą, zakaźną, ceniono już klimat miejsc znacznie ponad poziom morza wyniesionych jako skuteczny w wielu postaciach gruźlicy. Już wtedy Madeira, Sycylija, Włochy, Riviera i morze znalazły w rozwijających się uzdrowiskach górskich i alpejskich jak Goerbersdorf, Davos itd. w wielu przypadkach chorobowych niebezpieczne dla siebie współzawodnictwo — już przed erą prątkową większość poważnych badaczy i praktyków przypisywała w zasadzie pierwszeństwo stacyjom alpejskim wysokim nad uzdrowiskami południowemi lub nadmorskiemi, z tem tylko zastrzeżeniem, że w wielu przypadkach stan ogólny chorego gruźliczego, sprawa chorobowa nazbyt posunięta nie dozwalają chwycić się tego „heroicznego“ środka. Nie odkrycie Kochowskie tedy dało bodźca do rozwoju klimatoterapii alpejskiéj gruźlicy, lecz tylko wartość jéj umiejętnie uzasadniło.

W jaki sposób? — przedewszystkiem nasuwa się tu chemiczna i bakteryjologiczna c z y s t o ś ć p o w i e t r z a i wolność powietrza od pyłu nieorganicznego i organicznego: powietrze miejsc wysoko wyniesionych, jak to w rozdziale 7-ym podnieśliśmy, jest uboższe w drobnoustroje wszelkiego rodzaju, powietrze to tedy albo w ogóle nie sprzyja bujaniu drobnoustrojów, albo je niszczy zupełnie lub częściowo, albo przeszkadza wtargnięciu takowych do ustroju ludzkiego— rozstrzygnięcie tego jest rzeczą przyszłości. Tymczasem atoli fakt pozostaje faktem, że powietrze to jest z n a c z n i e u b o ż s z e w mikroby. Innym faktem stwierdzonym statystycznie jest, że c h o r o b l i w o ś ć i ś m i e r t e l n o ś ć z g r u ż l i c y w miejscach wysoko położonych, a w szczególności w okolicach Zakopanego, jest kilka razy mniejszą niż w nizinach, w miejscach zaś bardzo wysoko położonych (1600—2000 m.) prawie graniczy z zupełną wolnością od gruźlicy (*immunitas*). Fakt ten pewnie nie jest przypadkowy, lecz wprost zawisłym być musi od poszczególnych czynników klimatu — odmienny sposób życia bardzo mały wpływ tu mieć może, gdy ludzie różnego zatrudnienia, bardzo różnie żywiący się w nizinach prawie zarówno na gruźlicę zapadają. Jakież są te czynniki? czy niższe ciśnienie powietrza, czy mniejsza względna wilgotność, czy większe napięcie elektryczne, lub może ozon obfitszy? wyjaśnienie tego umiejętne wyczekuje dalszych ścisłych bijologicznych badań, zdaje się atoli, że przedewszystkiem niższe ciśnienie powietrza wraz ze suchością takowego działa wrogo na drobnoustroje.

Jest jednak pewnikiem statystycznym: w mieście Krakowie co 5-ty umiera skutkiem gruźlicy, w powiecie krakowskim co 7-my, w okolicy Zakopanego co 50-ty— pewnikiem, którym żadna dysputa naukowa nie wstrząśnie.

Logicznym tedy wniosek, że wszakże i mieszkaniec nizin, n. p. dopiero skłonny do gruźlicy, lecz gruźlicą jeszcze nie dotknięty, który przecież w zasadzie jest z téj saméj gliny, co syn Tatr w Zakopanem i okazujący tenże sam stopień skłonności do gruźlicy, przeniósłszy się w aseptyczną atmosferę Zakopanego, *ceteris paribus*, ma 10 razy większą szansę uchronienia się od gruźlicy, niż takiż sam osobnik w Krakowie stale przebywający.

Chory wysłany dla leczenia do Riviery będzie mógł wprawdzie używać świeżego powietrza całemi dniami pod uśmiechniętem, wiecznie pogodnem niebem południowem, będzie skutecznie chronić swą krtań i oskrzela od nawrotów

i pogorszeń nieżytu błony śluzowéj, lecz główny wróg chorego t. j. prątek gruźliczy będzie wygodnie w tkaninie płuc się gnieździć, odurzony chyba od czasu do czasu podniesionym ogólnym stanem odżywienia i tym sposobem wzmożoną odpornością tkanin walczącéj z nim ofiary, lecz nie znajdzie tu czynnika wprost mu przeciwdziałającego.

Już powietrze na pełnem morzu, jako chemicznie i bakteryjologicznie czyste, mimo wysokiego stanu ciśnienia zdaje się być czynnikiem leczniczym w zasadzie racyjonalniejszym.

Słusznie też znakomity terapeuta „suchot płucnych“ Brehmer kładzie nacisk na względną wolność od gruźlicy stałych mieszkańców uzdrowisk tych, które na rozwój sprawy gruźliczéj powstrzymująco oddziaływać mają.

Oprócz czystości powietrza atoli, także gimnastyka naturalna mięśni oddechowych w klimacie górskim, podniecające działanie tego klimatu w ogóle, podnoszące odporność tkanin i w następstwie lepsze ich odżywienie jest również cennem *adiuvans* w leczeniu gruźlicy.

Niższa ciepłota średnia zasadniczo nie ma żadnego znaczenia; do różnéj ciepłoty gospodarka ustroju łatwo się przyzwyczaja i adaptuje — w Islandyi i Grenlandyi gruźlica prawie jest nieznaną, gdy w południowych krajach liczniejsze jeszcze niż u nas wyrywa ofiary.

Niekorzystną w ogóle w stacyjach alpejskich, a i w Zakopanem jest ta okoliczność, że mniejsza liczba dni pogodnych dozwala choremu skąpszą ilość czasu przepędzać na świeżem powietrzu, lecz w dobrze wentylowanych mieszkaniach w Zakopanem będzie zawsze znachodzić się powietrze Zakopańskie, nie inne[1]).

Zakopane jest miejscem leczniczem w przypadkach gruźlicy tak w lecie, jak w zimie: jednolita warstwa śniegu twardego w zimie pokrywająca powierzchnię ziemi, znaczniejsze promieniowanie słoneczne potęgujące tak działanie ciepła jak światła, względna cisza powietrza, większa jednostajność ciepłoty nawet średnio wyższéj, niż w miejscowościach niżéj położonych, wolność od mgieł, dozwalają chorym odbywać w godzinach południowych przechadzki w świeżem powietrzu, gdy częste marznięcie i odtajanie powierzchni gruntu w nizinach i obecność mgieł czyni to wprost niemożebnem. W uzdrowisku Davos notują nawet korzystniejsze wyniki leczenia w zimie, niż w lecie.

Zbyteczna to przytaczać zdania powag naukowych, jak Sée, Eichhorst, Weber i in. o leczeniu gruźlicy alpejsko-klimatycznem: wszyscy uznają na podstawie rozległego doświadczenia skuteczne działanie tego klimatu, a nawet przeciwnicy takowego nie lekceważą.

Jakież tedy przypadki gruźlicy nadają się do leczenia klimatycznego w Zakopanem?

Przedewszystkiem najświetniejszych wyników wpływu klimatu w Zakopanem spodziewać się można w przypadkach skłonności do gruźlicy, ugruntowanéj na wątłéj budowie ciała w ogóle, z klatką piersiową „porażenną“, sercem małem i układem naczyniowym jak na potrzeby danego osobnika za słabo rozwiniętym — osoby, które odziedziczyły po rodzicach smutne znamiona predyspozycyi do gruźlicy, osoby młode w wieku chłopięcym lub pokwitania, szybko wyrosłe, lecz słabo rozrosłe, u których rozwój i ukształtowanie klatki piersiowéj i tkaniny płucnéj nie postępowało w równej mierze z wertykalnym wzrostem kośćca, mają wielką szansę osiągnięcia niemałych korzyści leczniczych, a raczéj zapobiegawczych w Zakopanem; skłonność do gruźlicy może tu być wydatnie zmniejszoną, a nawet zupełnie usuniętą. Czynnikiem leczniczym jest tu systematyczne tonizujące działanie klimatu, w następstwie bezpośrednie zahartowanie ustroju, podniesienie odżywienia tkanin i gimnastyka naturalna mięśni oddechowych, rozwijająca klatkę piersiową i takaż gimnastyka mięśnia sercowego wśród rozrzedzonego a „czystego“ powietrza. Naturalnie byłoby fantazyją żądać od kilkotygodniowego pobytu w Zakopanem skutków korzystnych widocznych — pobyt w tym celu i to stały liczyć się musi na miesiące i lata.

[1]) W miastach wielkich południowéj Ameryki wysoko wyniesionych i nie bardzo hygienicznych gruźlica prawie zupełnie nie panuje.

Liczne przypadki takie odniosły po dłuższym pobycie w Zakopanem tak w lecie jak w zimie pożądany skutek, a liczba szukających w tych specyjalnych przypadkach zbawiennego działania alpejsko-klimatycznego wzrasta z każdym rokiem; bawią tu tacy chorzy, których stosunki osobiste zezwalałyby na kosztowne leczenie w najidealniejszych miejscach klimatycznych zagranicy, którzy atoli nabrawszy doświadczeniem zaufania do Zakopanego dla istoty rzeczy, a nie dla oszczędności lub z patryjotycznych względów, w miejscu leczniczem krajowem przebywają.

Temuż wskazaniu odpowiadają daléj przypadki nieżytów szczytowych przewlekłych u ludzi skłonnych do gruźlicy, lub już dotkniętych wtargnięciem drobnoustrojów gruźliczych do tkaniny płuc, atoli nie okazujących dotąd następowych nacieków zapalnych i obdarzonych niezbędnym stopniem odporności tkanin. Czyste aseptyczne powietrze alpejskie z jednéj strony zdolne jest uśmierzyć objawy nieżytowe (Jürgensen uważa dopływ świeżego i czystego powietrza do płuc za najdzielniejszy środek leczniczy w nieżycie oskrzelowym i nieżytowych zapaleniach płuc: „z dwojga złego lepszy przeciąg powietrza i nagłe zmiany ciepłoty, niż nieczyste powietrze)“, z drugiéj strony przeszkodzić nurtującemu działaniu drobnoustrojów, powstrzymać lub przynajmniéj *ad minimum* ograniczyć bujanie takowych, jeżeli zaś dotąd nie zagnieździły się jeszcze w nieżytowo zmienionéj tkaninie błony śluzowéj, nie dozwolić na osiedlenie się ich i rozwielmożnienie tamże.

Pojawiające się krwotoki płucne nie są przeciwwskazaniem: wprawdzie nie zawsze ustępują pod wpływem klimatu alpejskiego, atoli są w ogóle rzadsze i skąpsze, niż u tych samych osób w nizinach; Sokołowski[1]) widział bardzo korzystne skutki leczenia chorych dotkniętych naciekami gruźliczemi po krwotokach płucnych (*post hoc ergo propter hoc*) w zakładzie Brehmera — sprawozdania krytyczne z Davos stwierdzają w licznych przypadkach nawet ustąpienie zupełne krwotoków. Energiczniejsza praca serca w górach, dozwalająca wśród rozrzedzonéj atmosfery na obfitszy dopływ krwi do sieci naczyniowéj płuc i głębsze wdechy, wcale nie usposabiają do powstawania krwotoków; wszakże Dührssen poleca wprost w przypadkach krwotoków u ludzi skłonnych do gruźlicy, atoli zresztą zdrowych, przebywanie jak najwięcéj na świeżem powietrzu, głębokie a powolne wdychiwanie i przedkłada to postępowanie ponad leczenie uspokajające, kojące i przeciwkrwotoczne za pomocą środków ściągających, sporyszu i innych

W przypadkach nieżytów szczytowych o zawiązek gruźlicy podejrzanych u osób noszących na sobie cechy „eretyzmu“, niedokrewnych, delikatnéj cery i mało odpornych leczenie klimatyczne w Zakopanem będzie nieodpowiednie: brak potrzebnéj odporności udaremni wszelki korzystny wpływ energicznego klimatu; dla takich chorych w dobranych przypadkach Szczawnica, Gleichenberg, Meran, lub pobyt w uzdrowisku podgórskiem lesistem rokuje lepsze szanse.

Daléj wskazany będzie klimat w Zakopanem w przypadkach nacieków płucnych gruźliczych, czy szczytowych, czy indziéj umiejscowionych, lecz tylko takich, które powolnie postępują, które zdają się okazywać skłonność do ograniczenia się, do częściowego przeistoczenia łączno tkankowego, nie wywołują stanu gorączkowego trwałego i nie dążą do poczynającego rozmiękczenia i rozpadu, towarzyszyć im może przewlekły katar oskrzelowy i krwioplucie. Nawet nieco ostrzéj przebiegające przypadki nadają się do tego leczenia, o ile nie wywołują gorączki właściwéj, lecz chwilowy stan podgorączkowy.

W przypadkach takich można jeszcze oczekiwać względnego lub bezwzględnego polepszenia, które zawdzięczać mamy znów z jednéj strony czystości powietrza, z drugiéj strony wzmożeniu odżywienia tkanin dzięki tonizującym przymiotom klimatu, który ukrytéj dążności miąższu płucnego do postępowego łączno-tkankowego skurczenia złogów zapalnych zwolna, lecz systematycznie dopomaga.

Przypadki przyostrego rozwoju nacieków gruźliczych, nacechowane wyższą mocno zwalniającą gorączką, z dresz-

[1]) *Berl. kl. Woch.* 1878, Nr. 39.

czami i potami, z dążnością do rozpadu i tworzenia ubytków i jam w płucach, tem bardziéj przypadki powikłane ze zmianami gruźliczemi krtani i jelit, chociażby okazywały w przebiegu okresy względnego spokoju i zastanowienia się sprawy chorobowéj zupełnie się do Zakopanego nie nadają; pod wpływem dzielnych bodźców klimatycznych muszą tacy chorzy uledz pogorszeniu i wstrząśnieniu już i tak znacznie osłabionéj równowagi fizyjologicznéj, z czego istota chorobotwórcza skorzysta i w ostry sposób rozgości się w wątłych tkaninach. Chorzy tacy pozostać winni w domu, lub w przypadkach budzących jeszcze pewne nadzieje, mogliby korzystać z klimatu południowego, uspokajającego przynajmniéj symptomatycznie.

W szczególności zmiany gruźlicze krtani i tchawicy nawet przy mierniejszem schorzeniu miąższu płucowego stanowią prawie zupełne przeciwwskazanie zastosowania klimatu alpejskiego.

Co powiedziałem o gruźlicy, odnosi się zarówno do zołzów czy w formie gruźliczych obrzmień gruczołów chłonnych, czy zmian okostnéj i kości, o ile one nie cechują się eretyzmem i nie doprowadziły do niedokrewności znaczniejszéj. Sprawa w każdym razie ma szanse powolniejszeso postępowania i nie wyklucza ograniczenia się pod wpływem klimatu alpejskiego. Bardzo odpowiedniem wydaje mi się być wysyłanie chorych po operacyjach chirurgicznych przedsięwziętych n. p. z powodu gruźliczych zmian gruczołów, kości itd. do Zakopanego: czynniki klimatu mogą tu snadnie, gdy złogi właściwe swoisto-gruźlicze ręką chirurga wykorzenione zostały, wzmocnić tkaniny do walki z prątkiem gruźliczym w przyszłości, gdyby je miał ponownie nawiedzić.

Celem systematycznego leczenia gruźlicy nadawałyby się osobne według zasad hygijeny i zgodnie z postulatami bakteryjologii urządzone sanatoryja w najwyższych punktach Zakopanego, może na jednej z najbliższych, latem i zimą dostępnych i dobrze osłoniętych polan Tatrzańskich urządzone. Może to co dziś jest marzeniem, stanie się faktem dokonanym w przyszłości niedalekiéj: warunki po temu są, gdy nawet naukowe prawdopodobieństwo, jak to powyżéj wyjaśniliśmy, przemawia za tem, że wysokie polany otoczone zewsząd górami są w zimie średnio cieplejsze i suchsze.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

A. Lazarus: **W jaki sposób działają środki zazwyczaj używane dla konserwowania mleka.**

Producenci mleka i handlarze, a nawet gospodarze używają dla powstrzymania mleka od kwaśnienia środków chemicznych, jak: dwuwęglanu sodowego, sody, wapna, boraksu, kwasu borowego i kwasu salicylowego.

Środki te nie są stosowne ani dla niszczenia bakteryj, ani też nie zapobiegają kwaśnieniu mleka. Soda i dwuwęglan sodowy nie wstrzymują w rozwoju grzybków zawartych w mleku, nie opóźniają jego kwaśnienia, a sprzyjają mnożeniu się niektórych chorobotwórczych n. p. cholery. Wapno w ilości dopuszczalnej nie powstrzymuje wcale, boraks bardzo słabo grzybki w rozwoju; kwas borowy prawie wcale nie działa na grzybki, kwas salicylowy działa nieco silniej na bakteryje aniżeli środki wymienione, nawet niektóre z nich zabija, lecz pomiędzy innemi grzybka tyfusowego żywotności wcale nie osłabia. Z tego powodu nie należy pozwalać środków wymienionych używać handlarzom mleka, jak i w gospodarstwie domowem; zaledwie kwas salicylowy zasługuje na polecenie i to tylko wtedy, jeżeli dokładniejszych sposobów konserwowania nie można zastosować.

Dla rozpoznania dodanych środków konserwujących mleko wystarcza: a) Próbkę mleka gotować 1—2 godzin. Jeżeli mleko zbrunatnieje albo przybierze barwę brunatno-czerwoną, wtedy dodać jakiego środka alkalicznego, jak: sody, dwuwęglanu sodowego, boraksu, wapna. b) Do drugiéj próbki dodać kilka kropli rozcieńczonego roztworu chlorku żelazawego. Zabarwienie fioletowe wskazuje obecność kwasu salicylowego. Kwas borowy nie da się łatwo dowieść, jeżeli jest dodany w ilości nie zdradzającej się w smaku. Lecz takie ilości nie konserwują mleka i nie szkodzą ludziom.

Inne sposoby konserwowania mleka polegają na ciśnieniu 2—4 atmosfer i na zamrożeniu lub ogrzaniu mleka. Tak pierwszy jak i drugi sposób nie zabija mikrobów, pasteryzowanie zaś mleka, czyli ogrzanie go szybkie na 60°—80° i natychmiastowe ostudzenie na 8° okazuje, że mleko nie przybiera smaku mleka gotowanego, kwaśnieje dopiero we 20—48 godzin, a co do działania zabójczego na grzybki głównie tyfusowe i gruźlicze, to ono wcale nie jest pewnem. (*Zeitschrift fur Hygiene Bd. VIII Heft 2*). *Dr. Buszek.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dni 29 maja. Na posiedzeniu swem z dnia 16 maja Wydział lek. Uniw. Jag. przyznał z fundacyi ś. p. Jakubowskiego i Niewiadomego pierwszą nagrodę konkursową w kwocie 350 złr. Drowi Beckowi, asystentowi przy katedrze fizyjologii; drugą nagrodę (300 złr.) Drowi Lachowiczowi, kandydatom medycyny zaś Kosińskiemu i Pelczarowi 275 złr., a Kwiatkowskiemu również 275 złr.

* Ministerstwo spraw wewnętrznych we Wiedniu rozporządzeniem z dnia 9 maja 1890 ogłosiło zmianę przepisów co do trwania nauki i służby personalu pomocniczego farmaceutycznego. Według tego rozporządzenia do praktyki aptecznéj przyjęty być może odtąd tylko młodzieniec, który ukończył 6 klas gimnazyjalnych lub realnych, (a nie 4 klasy, jak dotychczas).

* Minister oświecenia w Węgrzech hr. Csaky przygotował projekt reformy czesnego w uniwersytetach węgierskich. Zamiast dotychczasowéj taksy 1 złr. 5 ct. za każdą godzinę wykładową w tygodniu studenci odtąd opłacać będą 30 złr. półrocznie z prawem uczęszczania na wszystkie wykłady objęte katalogiem według własnego wyboru. Z dochodów kasa rządowa pobiera 5%, drugie 5% rozdzielonych będzie między docentów i proff. nadzw. w stosunku do liczby uczniów na ich wykłady zapisanych, z resztujących 90% otrzymują profesorowie zwyczajni i nadzwyczajni po 500 złr. rocznego dodatku, nadto pierwsi 200 złr. dodatku do kwoty pobieranéj na mieszkanie, a ostatni 100 złr. Zamiast dodatków dziesięcioletnich po 315 złr. pobierać będą proff. zwyczajni dodatki 5-letnie po 300 złr., a nadzwyczajni po 200 złr. Wydziały będą miały prawo uwalniania od czesnego ograniczonéj tylko liczby studentów.

* Prof. Jaworski, który powrócił, jak się dowiadujemy, z Włoch do Krakowa, nie będzie z powodu zdrowia w bieżącym sezonie praktykował w Karlsbadzie.

* **Drugi Zjazd chirurgów polskich** zapowiada się równie świetnie, jak pierwszy. Wielu kolegów oświadczyło się już z gotowością przybycia, inni zapowiedzieli wykłady, a mianowicie:

1. Dr. Bogdanik (z Biały): Demonstracyja pocisków Manlicherowskich i preparatów anatomicznych z poległych w Białéj w dniu 23 kwietnia r. b.
2. Dr. Szuman (z Torunia): O znieczulaniu bromkiem etylu.
3. Tenże: O leczeniu ciąży pozamacicznéj.
4. Dr. Wehr (ze Lwowa): O promienicy (*aktinomykosis*).
5. Dr. Zielewicz (z Poznania): O narkozie eterowéj.
6. Dr. Gabryszewski (z Krakowa): O neuropatycznych cierpieniach stawów (z przedstawieniem chorych).
7. Dr. Rościszewski (z Krakowa): O raku górnéj wargi.
8. Dr. Langie (z Krakowa): O resekcyi odbytnicy sposobem Kraskego (z przedstawieniem chorych).
9. Dr. Łepkowski (z Krakowa): Wyniki leczenia zapalenia stawów gruźliczego jodoformem i balsamem peruwiańskim.
10. Prof. Rydygier (z Krakowa): O wycinaniu macicy.
11. Tenże: O wypiłowaniu stawu skokowego (z przedstawieniem chorych).
12. Tenże: Demonstracyja na trupie wypiłowania stawu skokowego sposobem Lauensteina.

Inni koledzy zgłosili się z wykładami, pozostawiając ogłoszenie tematów na późniéj. Z narzędzi, jakie wystawione będą, zasługują na uwagę kleszczyki z nowym zamkiem Collina, narzędzia Martina do wycinania macicy, stół operacyjny Trendelenburga, aseptyczne imadło i inne.

* W Cieplicach czeskich do dnia 22-go maja bawiło gości 716.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Kijów.** Prosektor w Uniw. moskiewskim Dr. Tichomirow mianowany nadzw. profesorem anatomii opisowéj. — **Tomsk.** Prosektor w Akademii petersburskiéj Winogradow mianowany prof. anatomii patologicznéj.— **Petersburg.** Dr. Anfimow habilitował się jako docent chorób umysłowych i nerwowych.

* **Wiadomości osobowe.** P. Anzelm Małachowski otrzymał w Petersburgu stopień Dra med. po obronie rozprawy p. t. „Przyczynek do farmakologii chloralamidu."

* **Nekrologija.** W Czerniowcach umarł dn. 24 maja r. b. Dr. Feliks Wysocki, lekarz tameczny i członek Tow. lekarzy bukowińskich, po długiéj chorobie w 52 roku życia. Dr. Wysocki był rodem z Krakowa, tu kończył wszystkie szkoły i uzyskał dyplomy lekarskie, poczem przeniósł się do Czerniowiec — gdzie oddany wyłącznie praktyce, w niéj miał wielkie powodzenie.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 21: Brunera: O zachowaniu się trypsyny i pepsyny w moczu w prawidłow. przyp. i cierp. przewodu pokarm.: Sokołowskiego: Kilka uwag nad stosunkiem wzajemnym dyjatezy artrytycznéj do suchot płucnych (dok.); Kohna: Przyp. pomyśl. wyleczenia przewl. wynicowania macicy.—W *Medycynie* Nr. 21: Bieganskiego: Z kazuistyki chorób układu nerwowego (c. d.). —

Redakcyja otrzymała:

Dr. EBERS: C. k. Zakład wodoleczniczy w Krynicy, sprawozdanie za rok 1889, Lwów, 1890, in 12-o str. 8. — Dr. CHŁAPOWSKI: Przypadek zejścia śmiertelnego po małéj dawce sa olu (odbitka z *Nowin Lek.* 1890) in 8-vo str. 5.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dnia 4-go czerwca b. r. o godzinie 6-téj popołudniu w gmachu kliniki chorób wewnętrznych w dawnéj sali wykładowéj kliniki chirurgicznéj posiedzenie zwyczajne, na którem 1. Komitet Tow. lek. krak. przedstawi wnioski. 2. Odbędzie się dyskusyja nad przypadkiem przedstawionym przez kol. Surzyckiego. 3. Kol. Pieniążek będzie miał zapowiedziany wykład.

Posiedzenie **Towarzystwa ginekologicznego krakowskiego** odbędzie się 3 czerwca b. r. o godzinie 6-téj wieczorem w pracowni Doc. Dra Marsa (ulica Grodzka).

Porządek dzienny: 1) Kol. Kohn: Ichtyol w ginekologii. 2) Kol. Mars przedstawi 2 preparaty anatomiczne z własnego zbioru.

Sprostowanie. W Nrze 18-ym przez omyłkę nad sprawozdaniem z pracy Möbiusa umieszczono napis: „Okulistyka", zamiast „Choroby kobiece".

Do niniejszego numeru dołącza się list Dra Głuchowskiego.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.



Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 7 Czerwca 1890. Nr. 23.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.
Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.
Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.
Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.
Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.
Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$3\frac{1}{2}$ „	6 „

I. O liszaju żrącym *(Lupus vulgaris).*

Podał
Dr. Antoni Krokiewicz,
były asystent przy kat. anat. pat. Uniw. Jag.

Pojęcie liszaja żrącego nie jest jeszcze stanowczo określone. Przyczyną téj okoliczności są niezgodne wyniki badania ze względu na utkanie histologiczne i charakter infekcyjny sprawy liszaja żrącego, jakoteż i rozmaity przebieg jego kliniczny. Wielu autorów, jak n. p. Essig[1]) i Huttinshon[2]), uważa liszaj żrący jako pojęcie czysto kliniczne, niczego bliżéj nie określające, którego substratem według pierwszego być może tak gruźlica, jak mięsak lub gruczolak, według zaś drugiego każdy proces chemiczny zapalny na skórze się toczący, nawet i twardziel nosa (*rhinoscleroma*). Inni znowu jak Eppinger[3]) i Mayer stawiają liszaj żrący w rzędzie raków, podczas gdy Rindfleisch zalicza go do gruczolaków i t. d. Pomijając te wszystkie zapatrywania, które już dzisiaj należą prawie tylko do historyi, obecnie wszyscy przyjmują w liszaju żrącym utkanie granulacyjne, i rozchodzić się tylko może, czy utkanie liszaja żrącego nie wyróżnia się w pewnych szczegółach od utkania zwykłéj tkanki granulacyjnéj i nie jest zbliżone do utkania gruźliczego; powtóre, czy i w liszaju żrącym nie działa ten sam jad, co i w gruźlicy. W dzisiejszym bowiem czasie istnieją dwa zapatrywania co do liszaja żrącego:

1) Liszaj żrący jest odmianą gruźlicy skóry, jest gruźlicą miejscową skóry.

2) Liszaj żrący nie okazuje utkania gruźliczego skóry i nie ma nic wspólnego z gruźlicą. Jest to proces patologiczny *sui generis* zupełnie odrębny o utkaniu granulacyjnem.

Pierwsze zapatrywanie ma bardzo wielu zwolenników, jak: Picka, Neissera, Doutreleponta, Leloira, Cornila, Schüllera, Besniera, Friedländera, Pagenstechera, Volkmanna, Pfeiffera, Demmego, Martina, Kocha; drugie znajduje poparcie u Virchowa, Kaposiego, Vidala, Schwimmera i t. d.

Wobec tych okoliczności postanowiłem wyrobić sobie własne przekonanie co do istoty liszaja żrącego, a przedewszystkiem odpowiedzieć sobie na następujące pytania:

1) Czy utkanie liszaja żrącego odpowiada utkaniu gruźliczemu wogóle?

2) Czy liszaj żrący wywołany jest obecnością jadu gruźliczego?

3) Jaki zachodzi stosunek pomiędzy liszajem żrącym a gruźlicą skóry?

I.

Obraz anatomiczny liszaja żrącego ze względów histologicznych według rozmaitych autorów różnie bywa skreślony. Pierwszy Virchow[1]) zaliczył utkanie liszaja żrącego do tworów granulacyjnych, t. z. ziarniaków (*granulomata*). Według niego komórki liszaja żrącego biorą początek z komórek tkanki łącznéj preegzystujących, są one drobne, okrągłe, a cały ten naciek drobnokomórkowy odznacza się silnem unaczynieniem. W niektórych przypadkach ogniska tych drobnych okrągłych komórek są ułożone pośród zbitéj tkanki łącznéj (t. z. *lupus fibrosus*, dla odróżnienia od *lupus granulosus*). Pomiędzy komórkami znajduje się istota śluzowa. Podobnie i Auspitz[2]) uważa komórki tkanki łącznéj za punkt wyjścia procesu liszaja żrącego. Rindfleisch[3]) podziela zdanie Bergera[4]) oświadczając, iż liszaj żrący bierze swój początek w sieci Malpighiego skóry; różni się jednak o tyle, iż za miejsce bujania procesu patologicznego nie uważa saméj sieci Malpighiego, lecz wypustki komórek gruczołowych przybłonka i zwie liszaj żrący gruczolakiem w zakresie gruczołów łojowych i potnych; chociaż[5]) w ostatniem

[1]) *Archiv d. Heilkunde* 1874. — [2]) *Monatshefte f. pract. Derm.* 1888 p. 745. — [3]) *Pathologische Anatomie des Larynx u. Trachea.* p. 175—399 r. 1880.

[1]) *Die krankhaften Geschwülste.* Bd. II. p. 482—494 r. 1865. — [2]) *Die Zelleninfiltrationen der Lederhaut. Medicin. Jahrbuch.* Wien 1864. — [3]) *Pathologie d. Gewebelehre* 1875 p. 282. — [4]) *Dissertatio inauguralis. De lupo.* Gryphiae 1849, *Vierteljahrsch. f. Syph. u. Derm.* 1880. — [5]) *Pathologie d. Gewebelehre* 1886.

wydaniu zmienia autor swe pierwotne zapatrywanie i określa liszaj żrący jako naciek granulacyjno-zrazikowy. Według Kaposiego[1]) *lupus* poczyna się ogniskowo w saméj skórze pod warstwą naczyniową. Ogniska z tkanki granulacyjnéj złożone, otoczone naokoło tkanką łączną zbitą, rozrastają się wzdłuż naczyń i wywołują dopiero następowo naciek komórkowy rozlany. Podobnie zapatruje się i Neumann[2]). Thoma[3]) w początkowych okresach liszaja żrącego spotykał rozległe pasma komórek limfoidalnych tylko w obrębie naczyń, w tak zwanych przestworach okołonaczyniowych (*perivasculäre Räume*), które następnie zlewały się ze sobą i tworzyły jużto większe, jużto mniejsze ogniska. Toż samo wypowiada i Essig, utrzymując, że komórki liszaja żrącego otaczają naczynia na kształt płaszcza.

Wszyscy zgadzają się, że *lupus* pierwotnie występuje ogniskowo; jeden tylko Auspitz utrzymuje, iż w liszaju żrącym przychodzi do nacieku komórkowego, jednostajnie tkankę skórną zajmującego.

Co do wytwarzania się nacieku w liszaju żrącym istnieją różne zapatrywania. Auspitz przyjmuje teoryję Virchowa, to jest, że komórki, w skład liszaja żrącego wchodzące powstają przez dzielenie się ciałek tkanki łącznéj preegzystujących. Inni zaś przychylają się do teoryi Cohnheima, to jest tworzenia się tychże komórek z ciałek białych wyemigrowanych. Odrębne jest zapatrywanie Langa[4]), który nie przypuszcza w tworzeniu się liszaja żrącego ani ciałek tkanki łącznéj, ani ciałek białych wyemigrowanych. Według niego na wytworzenie się komórek liszaja żrącego składają się wypustki protoplazmatyczne ściany naczyń włosowatych krwionośnych i limfatycznych. Te wypustki łączą się ze sobą i tworzą siatkę o wielkich okach. Z téj siatki wyrastają znowu świeże komórki, przezco pierwotne oka coraz bardziéj się zacieśniają, aż w końcu całkowicie się wypełniają.

Jarisch[5]) uważa proces liszaja żrącego za zupełnie analogiczny z procesem zapalnym, toczącym się na rogówce, uwzględniając przytem teoryję Strickera. Pochodzenie komórek liszaja żrącego odnosi on do komórek tkanki łącznéj. W najświeższych okresach obrzękają silnie wypustkowate ciałka tkanki łącznéj. Tkanka elastyczna w skórze utraca swój połysk, staje się coraz bardziéj niewidoczną, źle się barwi i napowrót przemienia się w komórkową, z któréj pierwotnie powstała. W późniejszych stadyjach sieć ta komórkowa silnie obrzękła tworzy istny splot beleczkowy, silnie rozgałęziony tak, iż tylko wysepki tkanki podścieliskowéj włóknistéj pozostają. Skoro obrzmienie téj siatkowatéj tkanki komórkowéj dosięgnie pewnego stopnia, przychodzi do dzielenia się pojedynczych komórek, przezco pośród téjże sieci powstaje naciek z pojedynczych komórek złożony. Z czasem istota włóknista, coraz bardziéj uciskana, zanika, a na jéj miejscu wytwarzają się jużto większe, jużto mniejsze ogniska liszaja żrącego. Jarisch zwraca również uwagę na naczynia krwionośne, które się świeżo wytwarzają pośród utkania liszaja żrącego. Ostatecznie Jarisch wypowiada: w liszaju żrącym przychodzi do znacznego wytwarzania się naczyń krwionośnych świeżych. Z tych świeżo wytworzonych jak i dawnych naczyń krwionośnych wychodzi podnieta do obrzęku siatki komórek tkanki łącznéj i następowego dzielenia się takowych. Ten obrzęk tkanki łącznéj zawsze występuje na około naczynia i w otoczeniu naczyń przychodzi do wytworzenia się ognisk liszajowych. Przez zlewanie się tych pojedynczych ognisk skutkiem zaniku istoty włóknistéj przychodzi do wytwarzania się charakterystycznych guzków, już gołem okiem spostrzegalnych. W końcu przypuszcza autor, iż obok komórek tkanki łącznéj, które przeważnie biorą udział w powstawaniu liszaja żrącego, mogą brać czynny udział i elementa wyemigrowane. (C. d. n.)

[1]) Virchows *Handbuch der speciellen Pathologie u. Therapie* Bd. III. Teil III. 1876 — [2]) *Lehrbuch d. Hautkrankheiten* 1876. — [3]) *Vierteljahrsch. f. Syph. u. Derm.* 1877 p. 267, i Virchows Archiv. Bd. 65. — [4]) *Vierteljahrsch. f. Syph. u. Derm.* 1875 p. 1 i 1876 p. 603. — [5]) *Ueber die Structur des lupösen Gewebes. Vierteljahrsch. f. Syph. u. Dermat.* Nr. 3. Bd. 1880.

II. O laryngofisurze na podstawie własnego doświadczenia.

Podług wykładu mianego w Tow. lekarskiem krak. w czerwcu 1889 r., uzupełnione przypadkami późniejszemi.

Podał

prof. Dr. Pieniążek.

(Dok. Patrz Nr. 22).

Czwarte wskazanie do laryngofisury dawać mogą urazy krtani, przy których bądźto naderwane płaty błony śluzowéj, bądźto połamane jéj chrząstki światło krtani zwężają. W pierwszym razie można usunąć rzeczone płaty, bądźto drogą endolaryngealną, bądź też przez ranę tracheotomijną, jeżeli tracheotomija była wykonaną; laryngofisura więc wtedy tylko będzie wskazana, jeżeli powyżéj podana metoda nie da się przeprowadzić; w drugim razie wykonać należy, jak to słusznie podnosi Gurlt, laryngofisurę z następowem założeniem tamponu, któryby odłamki chrząstek rozepchał i w należytem położeniu utrzymywał. Żałuję istotnie, żem w przypadku 18-tym w ten sposób odrazu nie postąpił. Byłbym może nie potrzebował tak długiéj dylatacyi, którą będąc i tak zmuszonym późniéj do laryngofisury, przeprowadzam obecnie już 5 miesięcy.

Piąty szereg przypadków mogący dawać wskazanie do laryngofisury stanowią ciała obce w krtani zaklinowane, które ani drogą endolaryngealną, ani przez ranę tracheotomijną wyjąć się nie dają. Przykład tego rodzaju stanowi przypadek 9-ty, w którym z powodu niemożności wyjęcia rurki, przez głośnię po pierwszéj laryngofisurze wprowadzonéj, powtórną laryngofisurę wykonać trzeba było.

Do szóstéj grupy przypadków, w których laryngofisura może być przydatną, zaliczyć muszę zapalenie ochrzęstnéj wraz z jego następstwami, t. j. zapadem chrząstek. Zapalenie ochrzęstnéj świeże, rozleglejsze, prowadzące do ropienia, wymaga zwykle tracheotomii. Przy niej nieraz mimowolnie otworzy się absces, z którego wyjdzie obfita ilość ropy; w innym razie otwiera się takowy w jakiś czas po dokonaniu tracheotomii samoistnie. Że w tych razach wczesne otwarcie ropnia dla chorego korzystnem tylko być może, to każdy łatwo pojmie; to też byłbym za otwieraniem takich ropni o ile to możebne. Po dokonanéj tracheotomii da się to czasem przez ranę tracheotomijną wykonać, jeżeli mianowicie ropień jest usadowiony przeważnie z przodu płyty chrząstki obrączkowéj. Nawet w razie wątpliwości nacięcie miejsca podejrzanego uważałbym za dozwolone. Pamiętnym mi jest jeszcze ze studenckich czasów przypadek, gdzie ropień z przodu płyty obrączkowéj usadowiony wtłoczywszy się przez okienko kaniuli zatkał takową i chorego zadusił. Wcześniejsze rozcięcie tego ropnia mogło było choremu uratować życie. Jeżeli jednak trudno dokonać dostatecznego rozcięcia ropnia przez ranę tracheotomijną, w takim razie nie wahałbym się

wykonać laryngofisury, któraby takowe (rozcięcie) umożliwiła. Oprócz otwarcia ropnia i możności wyjęcia oddzielonych nekrotycznych kawałków chrząstki, jeśli się takowe znajdują po laryngofisurze, daje nam ta ostatnia także i tę korzyść, że pozwala na usunięcie wybujałości błony śluzowéj, jakie się czasem w przebiegu zapalenia ochrzęstnéj wytwarzają. Sądzę, że założony po laryngofisurze tampon z gazy jodoformowéj wobec otwartego ropnia przez ucisk wstrzymywać będzie rozszerzanie się dalsze sprawy zapalnéj, a mianowicie obocznych obrzmień, które łatwo do hyperplazyi błony śluzowéj po długiem trwaniu powód dać mogą. W naszym przypadku 5-tym posłużyła laryngofisura tak do dokładnego wypłukania otwartego już ropnia jak i do wycięcia wybujałości w przebiegu sprawy zapalnéj wytworzonéj. Wpływ jéj na sprawę chorobową nie okazał się wcale niekorzystnym i to mnie właśnie skłania do wykonywania lalaryngofisury na przyszłość w przypadkach rozległego pod ochrzęstną ropienia, jak przy *perichondritis thyreoidea interna* lub *cricoidea posterior*. W przypadkach chronicznéj *perichondritis*, prowadzącéj do wystąpienia zrazu obrzęku chronicznego a w końcu i hyperplazyi błony śluzowéj krtani (tutaj mojem zdaniem przypadek 15-ty zaliczyć należy), czasem obok ograniczonego zropienia (przypadek 21), uważam laryngofisurę za wskazaną, w celu usunięcia wybujałéj tkaniny. Pozostałe po przebytéj *perichondritis* zwężenia mogą dawać wtedy wskazanie do laryngofisury, jeżeli zapad chrząstek nie jest wielki; struny głosowe (lub przynajmniéj jedna z nich) są na tyle ruchome, że sama szpara głośni jest dostatecznie szeroką, a zwężenie poniżéj niej głównie przez wypukloną na wewnątrz błonę śluzową krtani jest sprawione. Tutaj wycięcie wtłaczającéj się tkaniny z następowem założeniem tamponu może osiągnąć skutek korzystny (przypadek 17-ty). Przy większym zapadzie chrząstek możeby tu czasem wycięcie klina w płycie chrząstki obrączkowéj do rozszerzenia światła krtani przydać się mogło; wogóle jednak przeciw znacznemu zapadowi chrząstek laryngofisura nie wiele pomódz może. W przypadkach takich nie pozostaje więc nic innego jak przeprowadzać systematyczną dylatacyję czopkami Schröttera, która zwykle kilka lat czasu wymaga. Tam, gdzie i dylatacyja do celu nie prowadzi, mogłaby resekcyja Heinowska (wycięcie połowicze krtani) być wskazaną. Przy téj sposobności wspomnieć tu muszę o przypadku zapalenia ochrzęstnéj (*perichondritis cricoidea posterior cum arthritide cricoarytaenoidea dextra)*, w któréj samoistne wyleczenie bez pozostawienia zwężenia po eliminacyi obumarłéj chrząstki nastąpiło. U chorego wykonałem w kwietniu 1884 r. z powodu zwężenia krtani krykotomiję. Nie umiem podać, kiedy nastąpiło u niego pęknięcie ropnia, po tracheotomii bowiem widywałem chorego dość rzadko. W początku 1886 jednakże stwierdziłem u niego utrzymanie ruchomości struny głosowéj lewéj, gdy prawa zupełnie nieruchomą pozostała. Obrzmienia krtani wcale już nie było i chory choć z trudem mógł przy zatkanéj korkiem kaniuli oddychać. Badanie przez ranę tracheotomijną wykazywało na tylnéj ścianie krtani czarniawe ciało obce, z pod błony śluzowéj wyglądające; wyjąwszy takowe przekonałem się, że byłato skostniała i obumarła niemiłą woń wydająca tylna płyta chrząstki obrączkowéj. Następnie wyjąłem podobnež dwa kawałki obumarłéj skostniałéj chrząstki, których wielkość i kształt trójkątny wskazywały, że mamy tu do czynienia z częściami chrząstki obrączkowéj, od płyty ku łukowi przechodzącemi. Tak więc z całéj chrząstki obrączkowéj pozostał tu jedynie łuk przedni, który i tak poprzednio przy krykotomii rozciętym został. Wyjęcia nekrotycznych kawałków dokonałem w obecności prof. Obalińskiego. Dziwna rzecz, że pomimo braku podpory, jaką chrząstka obrączkowa dla chrząstek nalewkowych stanowi, te ostatnie się nie zapadły, a struna lewa zachowała normalną ruchomość (struna prawa pozostała nieruchoma jak dawniéj). Stan ten i po wyjęciu nekrotycznych kawałków pozostał. To też chory potem oddychał tak swobodnie, że wyjąłem mu kaniulę. Obecnie już 4 lata od owego czasu upłynęło, a chory oddycha zupełnie swobodnie i cieszy się normalnym głosem który już w krótkim czasie po dekaniulacyi odzyskał. Przypadku tego nie mogę sobie inaczéj wytłomaczyć, jak tylko przypuszczając skostnienie ochrzęstnéj z tyłu płyty obrączkowéj, przezco nowa podpora dla chrząstek nalewkowych wytworzoną została.

Siódmą grupę przypadków, w których laryngofisura przydatną być może, stanowią mojem zdaniem zmiany gruźlicze w krtani. Jestto zasługą Herynga, że wykazał, iż wrzody gruźlicze krtani przez chirurgiczne leczenie do zagojenia doprowadzić można. Leczenie to stosuje Heryng na drodze endolaryngealnéj i słusznie, bo przeważna część owrzodzeń gruźliczych, które się do lokalnego leczenia kwalifikują, na téj drodze leczoną być może. Są jednak przypadki, gdzie rozlegle zmiany gruźlicze, a zwłaszcza rozszerzanie się ich pod głośnią małe szanse dla endolaryngealnych zabiegów przedstawiają. Wykonanie laryngofisury pozwala nam te wrzody i nacieki gruźlicze dokładniéj i odrazu usunąć. W tych więc przypadkach uważać muszę laryngofisurę za wskazaną. Wskazanie to tem bardziéj ma miejsce, jeżeli już poprzednio tracheotomija wykonana została, albo z powodu towarzyszącéj zmianom gruźliczym duszności jest potrzebną. Nietylko przy zbyt niskiem usadowieniu zmian gruźliczych uważam laryngofisurę za wskazaną, ale zarazem i tam, gdzie takowe endolaryngealnemu leczeniu są dostępne, z powodu jednakże są znacznie posunięte, wielokrotnych zabiegów wymagają. Przypadek nasz 10-ty najwięcéj zatem przemawia. Widzieliśmy tu bowiem po dokonanéj laryngofisurze i wyskrobaniu tak rozległych owrzodzeń, reakcyję nie o wiele większą, niż po każdym poprzednio podejmowanym zabiegu endolaryngealnym. Skutek tu wprawdzie nie był trwałym, uwzględnić jednak należy, że wobec tak rozszerzonych zmian gruźliczych niepodobna było lepszego oczekiwać. Laryngofisura wreszcie podjętą tu została dopiero po kilkakrotnych zabiegach endolaryngealnych, przy których stan chorego szybko się pogarszał; po laryngofisurze zaś nastąpiło bodaj na czas jakiś wygojenie wrzodów. Tem bardziéj więc za wskazaną uważać muszę laryngofisurę tam, gdzie zmiany gruźlicze nie rozszerzają się znacznie pod głośnię, w saméj jednak głośni tak są posunięte, że wielokrotnych cięższych zabiegów endolaryngealnych w ciągu dłuższego czasu wymagają. Zaznaczyć tu jeszcze muszę, że laryngofisurę z następowem wyskrobaniem wrzodów gruźliczych równie jak i endolaryngealne chirurgiczne leczenie tychże uważam za wskazane tam tylko, gdzie sprawa gruźlicza w płucach zbyt szybko się nie rozwija, gdzie więc można mieć nadzieję, że chory z oczyszczoną od zmian gruźliczych krtanią czas jakiś pożyje.

Ostatnią grupę przypadków, mogących dać wskazanie do laryngofisury, stanowią nowotwory złośliwe (*carcinoma laryngis*). Tutaj należy nasz przypadek 19-ty. Że w tych razach laryngofisura z następowem wycięciem lub wyskrobaniem części nowotworem zajętych mniéj pewne daje wyniki, niż resekcyja Heinowska, a względnie ekstyrpacyja krtani,

to łatwo pojąć. Łatwo bowiem przy tej operacyi cząstki nowotworu pozostać mogą, które następnie do recydywy dają powód. Tak też i w naszym przypadku 19-tym widzieliśmy już w kilka tygodni po laryngofisurze odrastające części nowotworu. Podobnież i doświadczenie innych wykazuje wogóle po laryngofisurze szybszą recydywę, niż po całkowitem albo połowiczem wycięciu krtani. Mimoto jednak w przypadkach wczesnych, choćby nawet nierozpoznanych na pewne, laryngofisurę za wskazaną uważam. Jeżeliby się po dokonaniu takowéj pokazało, że rak zbyt już jest rozrośnięty, by się przy niéj dał usunąć, w takim razie przystąpić możemy do resekcyi lub ekstyrpacyi krtani. Jeśliby nowotwór przy saméj laryngofisurze dał się doszczętnie usunąć, należy z tego skorzystać, zachowując sobie resekcyję lub ekstyrpacyję krtani na wypadek powrotu raka. Zawsze potem chory czas jakiś dość wygodnie żyć może. W przypadkach, co do rozpoznania wątpliwych, gdzie n. p. powracający kilkakrotnie i szybko po endolaryngealnych zabiegach nowotwór każe nam wobec innych danych, jak naprzykład zmniejszenia ruchomości jednéj struny głosowéj itp., rakową naturę sprawy podejrzywać, uważam laryngofisurę za ściśle wskazaną. W razie jeżeli po jéj dokonaniu przekonamy się, że mamy do czynienia z rakiem, możemy go wcześnie doszczętnie usunąć. Jeżeli zaś podejrzenie nasze się nie stwierdzi, zyskujemy to, że możemy usunąć nowotwór dokładniéj, niż przy endolaryngealnym zabiegu, a stąd możemy mieć większą nadzieję, że już więcéj nie powróci. Dlatego też w przypadkach podejrzanych należy laryngofisurę wykonać wcześnie nie czekając na pewność dyagnozy. Jeżeli bowiem przekonamy się, że nie mamy do czynienia z rakiem, nie przynosimy choremu tym zabiegem żadnéj szkody; jeżeli zaś stwierdzimy raka, to tem korzystniéj jest dla chorego, im wcześniéj operacyję wykonamy.

III. O influenzy panującéj z końcem r. 1889 i początkiem 1890 we Lwowie.

Napisał

Dr. O. Widmann.

(Wykład miany na posiedzeniu Tow. Lek. 15/2 1890 r.).

(Dok. Patrz Nr. 22).

Nie będę się rozwodził na tem miejscu, czy zapalenie płuc influencyjne jest wywołane tym lub owym mikroorganizmem, albowiem sprawa ta jest jeszcze nierozstrzygnięta a własnych doświadczeń nie mam.

2) Zapalenie opłucny wikła się także z influenzą i ma podobne cechy jak zapalenie płuc influencyjne, mianowicie te, że występuje i znika nagle tak, iż niema wysięku długo trwałego. Być może, że ma te same przyczyny co zapalenie płuc influencyjne.

3) Bezgłos jako wyraz zajęcia więzadeł głosowych zdarza się również dość często; lecz chorzy odzyskują głos zwykle w przeciągu kilku lub kilkunastu dni jakkolwiek spostrzegałem, że głos powracał dopiero po 5—6 tygodniach.

4) Już w roku 1837 opisywał Haeser, jako częste powikłanie influenzy szczególnego rodzaju osutkę na błonie śluzowéj jamy ustnéj gardła, która zdaniem Biermera nie była niczem innem jak rumieńcem lub pleśniawką. Wedle spostrzeżeń moich opartych na kilku przypadkach mogę z pewnością przeczyć, żeby to były pleśniawki. Złogi białawe występowały w paskach, na języczku, na podniebieniu miękkiem, na migdałkach i tylnéj części gardła, znikały one po mniéj lub więcéj 48 godzinach, a po ich ustąpieniu pozostawały miejsca mocno zaczerwienione i drobno brodawkujące, które późniéj niekiedy zmieniały zabarwienie na ciemno-brunatne, aby po kilku dniach bez śladu zniknąć. Chorzy dotknięci tego rodzaju złogami, których należytym przymiotnikiem nie umiałbym nazwać, mieli zwykle głos ochrypły lub zupełny bezgłos, żalili się na uczucie jakby po oparzeniu z brakiem smaku połączone.

5) Niektórzy autorowie opisują także osutkę na skórze podobną do płonicy, która się łuszczyła. Z opisów niedokładnych nie można wiedzieć, jakiego rodzaju te osutki były. Spostrzegałem pokrzywkę, potówki i liszaj, przeważnie wargowy, lecz w nie wielu przypadkach.

6) Zapalenie ucha środkowego spostrzegałem rzadko: nie widziałem zapalenia jamy Highmora, zaczopowania żył, i szału lub innéj formy psychozy, oprócz jednego przypadku szału opilczego. Natomiast widziałem kilka przypadków nerwobólów, i dwa przypadki zmniejszenia czucia skórnego na miejscach ograniczonych. W jednym przypadku było czucie zmniejszone na szyi po stronie lewéj, na łopatce i przedniéj części klatki piersiowéj po 4-te żebro, niemniéj na ramieniu po téj saméj stronie; w drugim przypadku było zmniejszone czucie skórne po stronie prawéj w okolicy lędźwiowéj i na przedniéj ścianie brzucha. Podwyższenie czucia skórnego spostrzegałem raz na obu stronach brzucha z okolic lędźwiowych.

Czy influenza ma zwiastuny? Jedni twierdzą, że ma, drudzy zaprzeczają temu stanowczo. Prawda zdaje się leżeć po środku; mogą być przypadki bez zwiastunów i te, zdaje się, liczebnie przeważały, w których nagle występuje wysoka gorączka ze znacznem osłabieniem, nie stojącém w związku ze zmianami przedmiotowemi. Może jednak być, że różnica zdań polega na tem, że każda epidemija miała swoje cechy, które w różnych miejscach z różnem występowały nasileniem. Bo to zdaje się nie podlegać wątpliwości, że jakkolwiek obraz choroby w całości był wszędzie równym, to szczegóły były, z przyczyn dotąd niezbadanych, w różnych miejscach bardzo różne.

Zresztą bywały przypadki poronne, które prawie bez gorączki przechodziły nie bez tego jednak, żeby ozdrowienie prędzéj nastąpiło niż w tych, w których początek był bardzo gwałtowny. To też zejście i trwanie choroby było bardzo różne. W niektórych przypadkach przychodzili chorzy prędko do siebie, w innych, chociaż choroba dotknęła zdrowych poprzód, rekonwalescencyja nie tylko że była bardzo wolną, ale wywiązywały się na tle przebytéj influenzy inne choroby, z których suchoty płucne najczęstszemi bywały. Wogóle jednak powiedzieć można, że nawet u osób, które prędko do siebie przychodziły, a były poprzód zdrowemi i silnemi, słyszało się skargi na pewne przygnębienie umysłowe utrudniające pracę umysłową.

Rozpoznanie influenzy, mianowicie wtedy, kiedy już się choroba ta rozwinęła nagminnie, nie podlegało zwykle trudnościom.

Niezawodnie, że nie każda grypa jest już influenzą, którą należy odróżniać od zwykłych, nawet dość ciężkich przypadków nieżytów nosa, gardła, dróg oddechowych, które się na wiosnę lub w jesieni zdarzają, które jednak nie występują z tak znacznem i raptownem osłabieniem ogólnem i z tak wysoką ciepłotą ciała, jak to się w influenzy widzi, lecz nie można także twierdzić, jakoby influenza nie miała nic dla siebie swoistego i że się niczem nie różni od cięższéj grypy. Może to tylko ten twierdzić, który albo nie wi-

dział żadnego przypadku influenzy, albo ktoś, który nie posiada żadnego talentu spostrzegawczego.

Bywają jednak przypadki, w których nie łatwo influenzę rozpoznać. Można ją bowiem z dwiema chorobami zamienić: raz z durem brzusznym, powtóre z suchotami płuc.

Już wyżéj wspomniałem, że bieg ciepłoty w tyfusie brzusznym jest podobny do biegu téjże w influenzy, jak to już Wunderlich w r. 1868 wykazuje. Jeżeli nadto zważymy: znaczny zapad, objawy mózgowe i nerwowe, objawy ze strony jelit, obrzęk śledziony, to w danym przypadku trudno będzie odrazu rozstrzygnąć, czy się ma do czynienia z influenzą, czyli z tyfusem brzusznym. Brak różyczki nie przemawia stanowczo za brakiem tyfusu. Wunderlich, który się li na zachowaniu ciepłoty opiera, powiada: jeżeli ciepłota stale poniżéj granicy tyfusowéj pozostaje, to można u młodych dorosłych wykluczyć tyfus. Jeżeli zaś ciepłota ciała doszła do stopni właściwych tyfusów lub wcale je przekroczyła, co się szczególnie często w gwałtownych epidemijach influenzy zdarza, wtedy przez dni kilka sprawy rozstrzygnąć nie można.

Wedle moich spostrzeżeń, które co do zachowania się ciepłoty ciała zupełnie są zgodne z podanemi przez Wunderlicha, ułatwia rozróżnienie tych dwu chorób: 1) zachowanie się języka i błony śluzowéj jamy ustnéj, która w influenzy jest, jak wyżéj wspomniałem, białawym nalotem obłożona, w tyfusie zaś jest język żółtawym, dość grubym mułem obłożony, a na końcu mocno czerwony; 2) zachowanie się moczu, w którym nawet w bardzo ciężkich przypadkach influenzy są chlorki prawidłowe.

Jeżeli można się w pierwszych dniach choroby wahać, czy w danym przypadku jest influenza czy tyfus, to można, widząc chorego dotkniętego długotrwałą influenzą, w późniejszych tygodniach n. p. 2—4, mianowicie, nie mając dokładnych wywiadów i widząc go po raz pierwszy, być w wątpliwości, czyli to nie suchoty płucne. Chory jest źle odżywiony, mocno się poci, ma gorączkę z wieczornem nasileniem, chrypkę lub bezgłos, kaszel, miał płuć lub pluje jeszcze krwią, w szczycie jest odgłos stłumiony, apetytu brak, stolce są wolne itd., czyż to nie obraz suchotnika? W tych przypadkach rozstrzyga za influenzą: nagłe powstanie choroby, u człowieka przedtem zdrowego, towarzyszące influenzy objawy, panująca influenza, badanie bakteryjologiczne plwocin, jakkolwiek nie jest to ostatnie zawsze za lub przeciw suchotom stanowczo przemawiające, wreszcie przebieg choroby. Nie da się zaprzeczyć jednak, że influenza może stać się przyczyną suchot, jak z drugiéj strony mogę przytoczyć przykłady, że znani suchotnicy przebywali nawet cięższe formy influenzy bez wpływu na dalszy rozwój suchot płucnych.

Jeżeli mowa o leczeniu choroby, która ma za podstawę pewne zmiany anatomo-patologiczne, to zdaje mi się jest wybór tego wyrazu „leczenie" w stosunku do istoty choroby niewłaściwym. My nie leczymy tyfusu, ospy, zapalenia płuc i t. d., bo to jest rzeczą wprost niemożebną, albowiem żadnym znanym środkiem nie jesteśmy w stanie wpłynąć na skrócenie, przerwanie, złagodzenie lub dobry obrót, (co w końcu na jedno wychodzi) choroby; albowiem wobec trwania i przebiegu tych zmian anatomicznych jesteśmy bezsilnymi. Naszem zadaniem jest podtrzymać siły chorego, o ile to w naszéj mocy, aby chorobę przetrwał i podać warunki higijeniczne, przy których choremu łatwiéj będzie znieść swe cierpienie, usunąć wszelkie szkodliwości i wpływy szkodliwe tak fizyczne jak moralne, a resztę musimy pozostawić dobréj przyrodzie ustroju chorego, bo wielką jest *vis medicatrix naturae.*

Influenza należy bezsprzecznie do chorób, które są okresowe, chorób, które bez przyczynienia się ze strony lekarza tak samo dobrze lub źle przebiegają, na których trwanie podany lek nie ma najmniejszego wpływu, od nabycia których żaden zabieg ochronny nie strzeże. Tem samem łatwo pojąć, jakie mogą mieć wartość wszystkie zachwalane środki lecznicze i sposoby leczenia, z których ogłoszeniami spotykaliśmy się w różnych pismach lekarskich, nawet dziennikach politycznych, podczas trwania epidemii influenzy. Każdy lekarz wie, co ma zapisać przeciw gorączce, przeciw bólom, w razie zaburzeń w narządzie trawienia, a wybór środka jest często zawisły od indywidualnego zamiłowania lekarza do tego lub owego środka. Nie mogę jednak przemilczeć, że widziałem „sposoby leczenia" influenzy, które bynajmniéj nie zachęcają do naśladowania, stosowane nie przez felczerów lub lekarzy staréj daty, ale przez adeptów najnowszéj szkoły, która się szczyci stać na wysokości wiedzy. Widziałem: stawianie pijawek, baniek, pryszczydeł, które miały wedle wyobrażenia lekarza wrzekomo czy stan zapalny przerwać, czy ból usuwać, a w rzeczy saméj trzeba było potem chorego na złe skutki tych „zabiegów" leczniczych leczyć. Najmniéj szkodliwych skutków widziałem z baniek, najwięcéj z pijawek. Nie można bowiem nigdy obliczyć, ile pijawka krwi wyssie, nie można znać jéj pochodzenia, a czyż to w dzisiejszych czasach, w których antyseptyka tak ważną odgrywa rolę, może być obojętną rzeczą? czyż można pijawkę sterylizować? pomijam to, lecz pytam, czy można sobie, znając choć trochę anatomii, wyobrazić, że pijawka ta, postawiona na skórze może podziałać korzystnie na sprawę zapalną, odbywającą się w płucach lub w opłucny, czyż ta krew, któréj chorego pozbawiamy przez pijawkę nie jest choremu potrzebną w dalszym przebiegu choroby, czyż chory ten nie utraci jéj przez trwanie choroby, z braku odżywienia? raczéj dodać krwi należałoby, lecz nigdy ujmować!

W influenzy zauważyłem, że oprócz znanych przeciwgorączkowych i ból uśmierzających środków, jakiemi obdarzyły nas ostatnie lata, jakoto: antifebryna, antipyryna, fenacetyna, działały znakomicie na uśmierzenie bólów, wykrztuszanie, gorączkę, kąpiele hydryatryczne dwudziesto-cztery stopniowe, dwuminutowe ze zlewaniem przy końcu kąpieli 22° R. Przytem podawałem stare wino, koniak, kawę czarną, aby podtrzymywać siłę serca i nie mogę jak tylko zalecić to postępowanie oparte na doświadczeniu przeszło w 120 przypadkach influenzy różnego stopnia. Przypadku z zejściem śmiertelnem nie miałem żadnego, pomimo, że było między chorymi wielu w wieku podeszłym, a przy sposobie podanym wyzdrowienie było dużo raźniejsze niż przy innem postępowaniu.

Krótkie te uwagi skreślone powyżéj nie mają być pracą wyczerpującą i nie chcą nią być. Podałem, co widziałem i czego sam doświadczałem i dlatego też nie podałem literatury. Może przyszła epidemija nastręczy sposobność do dokładniejszego poznania anatomii choroby i jéj gorączki; w głównych zarysach i w sposobie leczenia jéj nie wątpię, że zmiana żadna nie zajdzie.

IV. Przyczynek sądowo-lekarski do kwestyi nerwic urazowych.

Podał
prof. Dr. Blumenstok.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21).

Co do 3-iéj: Nie mogę wdawać się w opisanie objawów tak podmiotowych jak przedmiotowych, składających

się na obraz nerwicy urazowéj. Muszę poprzestać na faktach, sprawdzonych przez klinicystów: że wskutek jakiegokolwiek urazu, nie wywołującego wszelako znaczniejszych mechanicznych uszkodzeń ośrodków nerwowych lub poszczególnych nerwów, występować może szereg zboczeń nerwowych, składających się na obraz jednolity, utrzymujących się długo, częstokroć powoli postępujących i kończących się śmiercią lub chorobą nieuleczną; że objawy te występują albo bezpośrednio po urazie, albo też dopiero po upływie pewnego czasu, że się odnoszą zarówno do dziedziny cielesnéj jak umysłowéj, że istota choroby dotąd jeszcze nie jest znaną i tem bardziéj zagadkową, o ile doświadczenie poucza, że ją wywołać może nie tylko mniéj lub więcéj silny uraz mechaniczny, ale i wstrząs psychiczny, gdyż tylko w ten sposób tłomaczyć sobie możemy owe przypadki, w których tak zw. nerwica urazowa powstała skutkiem przerażenia. Przypadki takie przemawiałyby za słusznością zdania tych, którzy chorobę uważają za mózgową; ale i to zdanie nie wiele nam tłomaczy, bo jakkolwiek od dawna wiemy, że obrażenie głowy może w następstwie wywołać psychozę urazową, to jednak zachodzi znaczna różnica między obrazami jednéj i drugiéj choroby. Nie na wiele przyda nam się i porównanie choroby w mowie będącéj ze wstrząśnieniem mózgowem, jakkolwiek czasem zachodzi w obydwóch stanach pewne podobieństwo o tyle, że po urazie zdarza się utrata przytomności, albo przynajmniéj luka pamięciowa; lecz podczas gdy utratę natychmiastową przytomności uważamy za *conditio sine qua non* [1]) rozpoznania wstrząśnienia mózgowego, to w nerwicy urazowéj utrata przytomności zdarza się chyba nader wyjątkowo. Lecz choćby i więcéj było analogii, nie przyda nam się to porównanie, ponieważ istota wstrząśnienia mózgowego dotychczas także nie jest należycie wyjaśnioną. Bądź co bądź dla lekarza sądowego wystarczyć musi fakt, że nerwice urazowe istnieją, tak jak wystarcza dlań fakt istnienia wstrząśnienia mózgowego. Lecz podczas gdy po wstrząśnieniu mózgowem, czy ono wywołało śmierć czy chorobę najczęściéj krótkotrwałą, jest w stanie orzekać prawie z pewnością, czy to przez wykluczenie innéj przyczyny śmierci, czy też na podstawie badania, dopóki objawy jeszcze się utrzymują, a nawet po przejściu takowych na podstawie zeznania świadków, to wobec nerwicy urazowéj lekarz sądowy znajduje się w arcytrudnem położeniu, o ile zazwyczaj bez względu na to, czy badanie odbywa się prędzéj lub później, znajduje się wobec człowieka, nie szczędzącego wprawdzie skarg z powodu licznych dolegliwości, którego badanie atoli nie nastręcza żadnych podstaw dla orzeczenia. Wspomnieliśmy powyżéj, że wtedy podejrzywać symulacyję nie tylko można, ale nawet i wypada i że lekarz sądowy powinien zwlekać rzecz aż do wystąpienia objawów przedmiotowych.

Do objawów przedmiotowych zaliczyćby wypadało głównie zwichnienie umysłu, jeżeli takowe może być stwierdzone i nie zachodzi podejrzenie udawania i przesady, daléj objawy porażenne, świadczące o cierpieniu mózgu lub rdzenia pacierzowego. Ale zmiany te zazwyczaj dość późno występują wybitnie; są jednak czasem objawy przedmiotowo sprawdzić się dające, zwiastujące cierpienie ośrodków nerwowych i na te objawy zwrócić należy przedewszystkiem uwagę. Są to braki czucia zmysłowego (*anaesthesia sensoria*) uwydatniające się: w dziedzinie zmysłu wzrokowego współśrodkowem ścieśnieniem pola widzenia ócz obydwóch, w innych dziedzinach zmysłowych: utratą lub upośledzeniem słuchu, smaku i powonienia, oraz zboczeniami zmysłu mięśniowego, a braki te czucia zmysłowego najczęściej łączą się ze zboczeniami czułości skórnéj (Thomsen i Oppenheim l. c.). Jeżeli więc badanie poszczególnych zmysłów sposobami powszechnie znanemi (a przy organach parzystych każdego z osobna) jest rzeczą ważną, to jednak zmysł wzrokowy pierwszorzędne pod tym względem ma znaczenie, raz z powodu, że ścieśnienia pola widzenia nierównie częściéj się zdarzają, aniżeli zboczenia w innych dziedzinach zmysłowych, powtóre, że według autorów właśnie wspomnianych anestezyje skórne lub zmysłowe nie zdarzają się bez zboczeń pola widzenia, podczas gdy ścieśnienie pola widzenia istnieje częstokroć bez wszelakich zboczeń w dziedzinie czucia skórnego lub reszty zmysłów, a po trzecie, że wynik badania pola widzenia jest o wiele pewniejszym i bardziéj przedmiotowym, aniżeli badanie reszty zmysłów.

O potrzebie badania przyrządu wzrokowego wspomina już Tardieu (l. c. str. 182), jednak kładzie nacisk tylko na badanie wziernikowe, wyrażając się: *„l'examen ophthalmo-„scopique lui offrira les plus précieuses ressources, et je dois „insister sur l'utile emploi que le médecin légiste peut faire „de cette n o u v e l l e et puissante méthode d'exploration"* i powołując się na przypadek, którego badaniem i wykluczeniem symulacyi ślepoty jednostronnéj zajął się na prośbę jego Dr. Gałęzowski. Ale i piszący w 17 lat później Vibert poprzestaje na powtórzeniu za Erichsenem, iż u chorych w mowie będących zdarzają się czasem: prawdziwy światłowstręt, zboczenie akomodacyi, muszki latające, plamy, pierścienie barwne, dwuwidzenie i zezowatość (l. c. str. 45). Ale zboczenia te, które po części natychmiast wpadają badanemu w oczy i że tak powiem, same proszą się o zbadanie, mniejsze mają znaczenie; są inne, których — jak trafnie powiada Strümpell — lekarz szukać musi szczególnie, ponieważ obecność ich łatwo może ujść uwagi lekarza. Czasem chory wcale nie uskarża się na jakiekolwiek zboczenia wzrokowe, co najwięcéj na szybsze męczenie się przy czytaniu i pisaniu; badanie za pomocą wziernika może albo żadnych nie wykazać zmian przedmiotowych, albo co najwięcéj mierne przekrwienie siatkówki, o którem nie wiemy, czy nie istniało i przed doznanym urazem, badanie bystrości wzroku również może podać wynik ujemny, a raczéj wykazać bystrość prawidłową lub mało co mniejszą od prawidłowéj, a mimo to nie mamy jeszcze prawa twierdzić, że nie ma żadnych zmian w przyrządzie wzrokowym. Jeżeli bowiem szukamy gruntowniéj, jeżeli poddajemy chorego badaniu za pomocą perymetru, przekonywamy się, że pole widzenia okazuje ścieśnienie jużto co do światła białego, już też to częściéj co do barw,

---

[1]) Przypadek, którego niedawno byłem świadkiem, pouczył mnie atoli, że i tu zdarzają się wyjątki od prawidła. Skutkiem przewrócenia się wozu osoba pewna doznała silnego stłuczenia głowy i twarzy; przytomności ani na chwilę nie utraciła, odrazu przeciwnie podniosła się, troszczyła się o współtowarzyszów, przeszła sama bez cudzéj pomocy do pobliskiego domu, tam atoli zaczęła dopytywać się, co właściwie się stało i nie miała wyobrażenia właściwego o przypadku. Luka ta pamięciowa była trwała, bo i późniéj samego przypadku więcéj sobie nie przypominała, choć innych następstw nie było. Podobny przypadek opisuje Vibert (l. c. str. 71) po zderzeniu w Charcoton: *„Il* (mężczyzna 45-letni) *ne perdit pas connaissance, mais cependant „il y a une lacune dans ses souvenirs; il n'a jamais pu dire „comment il était sorti du wagon, comment il s'était trouvé „sur le quai de la gare. Il assiste au sauvetage des voya-„geurs, et il put aller seul prendre le tramway pour rentrer „à son domicile."* U tego człowieka bezpośrednio potem zaczęły występować ciężkie objawy mózgowe.

głównie czerwonéj i zielonéj. Odkrycie to nietylko daje nam podstawę do stanowczego wykluczenia symulacyi, ale jest ważnem także dla tego, że kontrolując od czasu do czasu pole widzenia możemy przekonać się o polepszeniu się lub pogorszeniu choroby. Wszakże pamiętać o tem należy, że anestezyje zmysłowe występują w rozmaitych chorobach nerwowych, a więc w padaczce, macinnictwie, pląsawicy, neurastenii, w alkoholizmie, w nerwicach urazowych itd., że one mogą być stałemi lub też przemijającemi, że więc same przez się nie dowodzą jeszcze istnienia nerwicy urazowéj, lecz przemawiają za istnieniem cierpienia nerwowego w ogóle, jako też nie rozstrzygają jeszcze o prognozie (Thomsen i Oppenheim l. c). To samo tyczy się innego, cennego pod względem rozpoznawczym, objawu ocznego, a mianowicie tak zw. odruchowéj nieruchomości źrenicy (*Reflectorische Pupillenstarre*), polegającego na tem, że źrenica zwężona nie oddziaływa na światło, podczas gdy ruchy akomodacyjne odbywa. I ten objaw przemawia za obecnością ciężkiego schorzenia ośródków nerwowych, w szczególności rdzenia pacierzowego, mogącego być następstwem *railway spine and brain*, ale nie dowodzi samej nerwicy urazowéj. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Dr. Rosin (Wrocław): *Plasmodium malariae.*

Wrocławski prof. Rosenbach przekonał się osobiście bawiąc przeszłego lata w Ameryce, że przez Laverana odkryte bakteryje, znajdujące się we krwi zimnicą zakażonych, nie są fikcyją, ale że i dalsze badania w tym kierunku przez lekarzy amerykańskich Concilmana, Oslera i Welcha podjęte i wyniki takowych zupełnie z rzeczywistością się zgadzają. Odpowiednie preparaty mikroskopowe przywiózł ze sobą Rosenbach do Europy i polecił asystentowi swemu Drowi Rosinowi stwierdzenie i powtórzenie amerykańskich badań. Tymczasem lekarze włoscy i rosyjscy jak Marchiafava, Celli i Miecznikow otrzymali już także potwierdzające wyniki. W styczniu z. r. badał Rosin po raz pierwszy krew na malaryję cierpiącego i znalazł co następuje: Pomiędzy innemi normalemi ciałkami krwi znajduje się pewna ilość bledszych ciałek, we wnętrzu swojem gromadę drobniutkich, brunatnych jąderek zawierających. Jąderka te poruszały się zamieniając swe miejsca i nawet z jednego ciałka w drugie emigrowały. Przy silniejszem oświetleniu można się było przekonać, że jąderka te były umieszczone w środku komórki, zmieniającéj wskutek ciągłych ruchów ameboidowych kształt swój. W niektórych ciałkach krwi były takie same komórki bez ziarnek. Także po za obrębem ciałek krwi widziano pewną ilość tychże ustrojów jużto przepełnionych jąderkami jużto pustych. Ilość ich zmniejszała się w miarę oddalenia czasu od wstępnego dreszczu. Po paroksyzmie widziano także znacznie powiększone ciałka krwi o powierzchni zmienionéj i nierównej, pewną ilość tych ustrojów zawierające, które więc niczem innem nie były, jak fagocytami. Nie podlega wątpliwości, że owe ustroje czyli plasmodyje malaryczne, jak je Marchiafava pierwszy nazwał, są natury pasorzytniczéj i jako takie za główną przyczynę zimnicy uważać je należy. Na samym końcu podaje Rosin szczegółowo całą technikę postępowania przy dobywaniu krwi i badaniu jéj pod mikroskopem, jako też barwieniu i utrwalaniu preparatów, a ciekawych postępowania tego odsyłamy do 16-go zeszytu *D. m. Wochft* z r. 1890. Tak więc w pracowni prof. Rosenbacha po raz pierwszy w Niemczech udowodniono obecność pasorzytów w krwi zimnicą dotkniętych i tym sposobem stwierdzono w zupełności badania lekarzy amerykańskich, a skeptycyzm lekarzy niemieckich, jaki dotychczas temu odkryciu towarzyszył, stanowczo będzie musiał ustąpić. (*Deut. med. Woch.* 1890, Nr. 16).

Choroby wewnętrzne.

Dr. Neudörfer: *Spirotherapia.*

W r. 1882 w celu zmniejszenia niebezpieczeństw grożących wśród narkozy chloroformowéj, mięszał Neudörfer chloroform z tlenem w osobnym przyrządzie i tak dopiero sporządzony do inhalacyi używał. Wtedy to zrobił spostrzeżenie, iż narkotyzując za pomocą tego aparatu i téj mięszaniny, daleko mniéj chloroformu za każdorazowem użyciem mu wychodziło, niż przy narkotyzowaniu za pomocą zwykle używanego kosza flanelowego. Przerwane, a w ubiegłym roku na nowo podjęte doświadczenia, miały na celu oznaczenie stałéj ilości chloroformu, jakiéj potrzeba do wywołania kompletnego uśpienia. Posługując się ulepszonym przyrządem doszedł N. do wniosku, iż 3 kub. ctm. wystarczają do wywołania znieczulenia, przyczem tylko 3 mgrm. chloroformu w krew wchodzą. Konieczną jest jednak rzeczą, aby powietrze wdychiwane nie zawierało więcéj niż $^1/_2$ do 1% pary chloroformowéj. Wystarczało 7 do 15 wdechów, przyrządem tym usypiając, do sprowadzenia uśpienia. Czy płuca tylko ciała lotne tak szybko organizmowi przyswajają, czy też i wobec płynnych tak samo się zachowują — oto pytanie, które teraz nasunąć się musiało. Arnold wykazał, iż ciała rozpylone w drobne kulki wprost z pęcherzyków płucnych w naczynia krwionośne się dostają, Nothnagel nareszcie wstrzykiwał zwierzętom do tchawicy ich własną krew, która w 5 minutach zostawała częściowo wessaną. Sehrwald wstrzykiwaniem w płuca rozczynu cukru lub białka sprowadzał chwilową cukrzycę lub białkomocz. Jest to dowodem, że płuca nadzwyczaj szybko ciała do nich sprowadzane obiegowi krwi oddają. Na téj prawdzie się opierając, chce Neudörfer wprowadzać znaczną część różnych leków drogą płuc i w tym celu wymyślił przyrząd, który rozpylone leki w głąb płuc drogą oskrzeli i pęcherzyków organizmowi przyswaja. Metodę tą nazwał spiroterapią. Dotychczas stwierdził, że jest to najlepszy sposób wprowadzania leków, albowiem działanie jest szybsze nawet niż w strzykiwaniach podskórnych. I tak, jedna setna część dawki wewnętrznéj *per os* i jedna piąta dawki podskórnéj równoważy dawkę płucną, czyli że wprowadzając lek płucami w celu osiągnięcia tego samego skutku potrzebujemy użyć tylko setnéj części oznaczonéj dawki wewnętrznéj, a piątej części podskórnéj dawki tego samego leku. Dotychczas stosował N. za pomocą tego przyrządu 30 leków, i przyszedł do tego przekonania, że tą drogą otrzymuje się natychmiastowe skutki, takie same jakbyśmy lek w prost w żyły wstrzykiwali. Biednym więc możemy dziś zapisywać już leki drogie, albowiem dawka o $^1/_{100}$ się zmniejszyła. Przyrząd ten jeszcze ma tę dodatnią stronę, iż reformuje kompletnie dotychczas za pomocą niedołężnych aparatów stosowane wziewania. Przytaczając w końcu swéj pracy szczegółowy opis wraz z rysunkiem swego przyrządu (wyrabia go I. Leiter w Wiedniu), wzywa N. lekarzy do powtarzania doświadczeń w celu rozpowszechnienia i udoskonalenia téj metody zadawania lekarstw. (*Wr. kl. Wschft.* N. 15, 16, 17, 1890). *Dr. Mendelsburg.*

Chirurgija.

Gessler: **Przyczynek do nauki leczenia naczyniaków.**

G. podaje, że w ostatnich dziesiątkach lat obserwowano w klinice tübingskiéj 213 chorych z naczyniakami, z tych 151 kobiet i 62 mężczyzn. Usadowienie naczyniaka było 154 razy na twarzy, szyi i uszach. Dla porównania posługuje się 1044 chorymi obserwowanymi w innych klinikach, a rozporządzając materyjałem 1267 chorych, dochodzi do wniosku, że:

1) naczyniaki występują dwa razy częściéj u kobiet niż u mężczyzn;

2) najczęstszem miejscem ich usadowienia jest głowa (76%), daléj tułów (11%), kończyny (9%) — a wreszcie szyja (3%).

W najcięższych przypadkach stosowano leczenie elektropunkturą według metody Brunsa. Przez podstawę naczyniaka przeprowadzano na krzyż dwie igły platynowe, łączono je ze stosem i przepuszczano prąd stały przez 10 minut. W końcu zakładano opatrunek jodoformowy, a jeżeli zachodziła potrzeba, powtarzano elektropunkturę za 1—2 miesięcy. Z dziesięciu przypadków cytowanych przez G. u siedmiu mimo znacznego rozszerzenia się sprawy chorobowéj w głąb

i wszerz, nastąpiło zupełne wyleczenie z pozostawieniem pięknéj blizny, jeden jest w leczeniu, a o dwóch nie można było zasięgnąć bliższéj wiadomości. W końcu nadmienia G., że leczenie elektrolizą winno mieć w zastosowaniu pierwszeństwo przed innemi metodami przy rozległych naczyniakach. *(Inaug. Dissert. Tübinga).* *Dr. Kurasiewicz.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Zgromadzenie ogólne XIV. w dniu 22 stycznia 1890 r.

Przewodniczący prof. Korczyński. Członków obecnych 16.

1) Przewodniczący zdaje sprawę ze stanu Towarzystwa w roku 1890. Z końcem roku 1888 było członków honorowych 2, czynnych 122 i prenumeratorów 92, razem 216. W ciągu roku 1889 prof. Oettinger mianowany został członkiem honorowym, wystąpiło dwóch członków czynnych, a zmarło 4-ech członków czynnych (Drowie: Bortkiewicz, Gajkowski, Rybczyński i Smoleński) i jeden prenumerator (Dr. Halski). Przybyło 9-ciu prenumeratorów (Drowie: Józefczyk, Kaczorowski, Lisowski, Marcisiewicz, Machcewicz, Opieński, Rosenzweig, Szajna i Zanietowski). Z końcem roku 1889 liczy więc Towarzystwo członków honorowych 3, czynnych 115, prenumeratorów 100, razem 218. Podręcznik do rozbioru moczu Dra Wiczkowskiego rozesłany został członkom i prenumeratorom jako bezpłatne premijum za rok 1888. Z powodu wyczerpania nakładu Hydroterapii Doc. Smoleńskiego, wydanéj w r. 1884, wydano drugie wydanie tego dzieła, znacznie powiększone i poprawione. Wydanie to nabywać mogą członkowie i prenumeratorowie wydawnictwa po cenie 1 złr. 60 cent., podczas gdy cena księgarska wynosi 2 złr. 50 cent. Cenę higijeny szkolnéj Dr. Żulińskiego zniżono z 1 złr. 60 cent. na 1 złr., chcąc w ten sposób zarządom szkół ułatwić nabywanie tego cennego i pożytecznego dzieła. Sprzedaż dzieł dotychczas wydanych postępuje prawidłowo, a trzy dzieła t. j. Guttmanna, Steinera i Smoleńskiego, I. wyd. zostały rozsprzedane i przyniosły Towarzystwu zysk czysty po strąceniu kosztów nakładu.

2) Przewodniczący poświęca wspomnienia zmarłym członkom i prenumeratorom, a przedewszystkiem Doc. Smoleńskiemu, który bezpłatnem odstąpieniem swego dzieła poparł cele Wydawnictwa i Dr. Bortkiewiczowi, który testamentem przekazał Wydawnictwu 100 rs. Zgromadzeni przez powstanie oddają cześć zmarłym.

3) Komisyja kontrolująca (Dr. Buszek i Dr. Ściborowski) znalazła rachunki Wydawnictwa za r. 1888 i stan kasy w zupełnym porządku. Na podstawie tego udzielono zarządowi Wydawnictwa absolutoryjum za r. 1888.

4) Do sprawdzenia rachunków z r. 1889 wybrano tę samą komisyję kontrolującą.

5) Administrator zdaje sprawę ze stanu wydawnictwa. Ze sprawozdania tego okazuje się, że wartość nie rozsprzedanych nakładów wynosi 3706 złr. 10 cent.

6) Skarbnik Doc. Grabowski przedstawia stan funduszów: w roku 1889 dochód wynosił 1038 złr. 71 ct. (składki roczne członków 378 złr. 87 ct., dar Dr. Bortkiewicza 126 złr. 75 ct., dochód ze sprzedaży dzieł 307 złr. 70 ct., procenta od kapitałów 225 złr. 39 ct.); rozchód wynosił: 987 złr. 67 ct. (reszta nakładu podręcznika do rozbioru moczu Dr. Wiczkowskiego 456 złr. 43 ct., (cały nakład kosztował 656 złr. 43 ct.), nakład 2-go wydania hydroterapii Smoleńskiego 350 złr. 31 ct., druki i wydatki kancelaryjne 9 złr. 85 ct., rozsełka dzieł 21 złr. 08 ct., wynagrodzenie administratora 150 złr.); nadwyżka dochodu wynosi więc 51 złr. 04 ct. Ponieważ majątek Wydawnictwa z końcem roku 1888 wynosił 5458 złr. 97 ct, przeto po dodaniu nadwyżki dochodu zeszłorocznego majątek Towarzystwa w dniu 1 stycznia 1890 r. wynosi 5510 złr. 01 ct, które złożono w części w obligacyjach pożyczki krajowéj i krajowego funduszu propinacyjnego, w części w książeczkach wkładkowych krak. kasy oszczędności i krak. Tow. zaliczkowego.

Sekretarz: *Dr. J. Surzycki.*

VII. Zakopane jako miejsce klimatyczne.

Napisał
Dr. Stanisław Ponikło.
Docent U. J. i c. k. lekarz powiatowy.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 22).

c) Choroby narządu oddechowego.

Zdawałoby się *a priori*, że rozedma płucna nie powinna znosić z korzyścią rozcieńczonego powietrza górskiego. Doświadczenie jednak zadaje temu kłam, gdy w rzeczywistości klimat górski oddziaływa bardzo zbawiennie na przypadki rozedmy u ludzi średniego wieku, zwłaszcza rozedmy lżejszego stopnia: częstość oddechów konieczna w atmosferze rzadszéj, łatwość i wydatność wydechu, systematyczne ćwiczenie mięśni oddechowych przeważa tu na szali działania przeciw rozwojowi dalszemu rozedmy, która wszakże cechuje się przedewszystkiem niedomogą wydechową, że już ogólne wzmacniające działanie klimatu pominę. Towarzyszący nieżyt oskrzelowy lżejszego nasilenia nie stanowi tu żadnego przeciwwskazania — i owszem bywa pod wpływem czystego powietrza uśmierzanym i usuwanym.

Jednak przypadki rozedmy u ludzi starszych daleko posuniętéj, z rozległym zastarzałym nieżytem oskrzelowym, z rozstrzeniami oskrzeli, jeżeli zwłaszcza chociażby najlżejsze oznaki poczynającéj niekompensacyi, czy to w upośledzonéj akcyi serca, czy pod formą duszności trwałéj lub napadów duszności (z wykluczeniem duszności na tle czysto nerwowem), czy też jako obrzmiewanie surowicze odnóg dolnych są dostrzegalne — wcale do Zakopanego się nienadają: mogą tu doczekać się chyba pogorszenia, lub nawet zupełnego zniesienia niepowetowanego kompensacyi.

Gdy w pierwszych przypadkach utkanie płucne zdoła jeszcze pod wpływem działania alpejsko klimatycznego wzmocnić się i przeciwdziałać sprawie zanikowéj, w drugiéj seryi przypadków, gdzie spustoszone ściany pęcherzyków płucnych już wskrzeszonemi być nie mogą, a chodzić tylko może o podtrzymanie równowagi w krążeniu, klimat alpejski jest nazbyt energiczny i nazbyt podniecający, aby mógł choremu ulgę sprawić. Znane mi są takie przypadki rozedmy płucnéj niedostatecznie kompensowanéj, w których chorzy nie znosili zupełnie klimatu w Zakopanem i z wyraźnem pogorszeniem do domu powrócili — bo oczywiście znosić go nie mogli. Natomiast w przypadkach dotąd kompensowanych klimat górski, wzmacniając dzielność serca, może przyczynić się do utrwalenia kompensacyi.

Przy leczeniu rozedmy poczynającéj w klimacie górskim spirometer i pneumometer będą środkami rozpoznawczemi, jak choremu klimat służy: grubszem badaniem fizycznem małych różnic nawet najbieglejszy nie wykaże.

Dusznica nerwowa (*asthma n.*), niepowikłana ze znaczniejszą rozedmą, lub głębszemi zmianami w sercu, lub mięśnia sercowego, świetne czasem odnosi wyniki w klimacie alpejskim: napady albo zupełnie ustępują, lub stają się rzadszemi i łagodnieją dzięki czystości powietrza wdychiwanego i wzmocnieniu układu nerwowego, zmniejszającemu wygórowaną wrażliwość odruchową. Naturalnie chorzy dusznicowi winni jak najściśléj przestrzegać szczegółowych wskazówek co do zachowania się przez lekarza im udzielonych.

Nieżyty oskrzelowe przewlekłe, u ludzi zresztą zdrowych, mniejszego nasilenia, ulegają polepszeniu w klimacie alpejskim i nadają się do leczenia tamże; nieżyty rozległe, zwlaszcza także krtani i tchawicy dotyczące, z rozstrzeniami oskrzelowemi, które już ogólne wyniszczenie i niedokrewność sprowadziły, nie zniosą klimatu alpejskiego; jeżeli gdzie, to w tych właśnie przypadkach pobyt w miejscowościach nadmorskich i południowych lub w miejscach zdrojowych alkalicznych niżéj położonych o ciepłocie jednostajnéj, wśród lasów szpilkowych działać będzie dodatnio.

Uzdrowieńcy po zapaleniu płuc włóknikowem, lub nieżytowem pierwotnem, lub wikłającem choroby zakaźne, np. dur brzuszny, które wprawdzie zupełnie ustąpiło, lecz pozostawiło po sobie wątłość miejscową utkania płuc, zwłaszcza w wieku młodszym, mogą niemałe korzyści uzyskać w Zakopanem. To samo rzec można o pozostałościach po zapaleniach opłucnéj, bądź w formie surowiczych wysięków,

bądź przerostu łączno-tkankowego: klimat alpejski drogą podnieconego krążenia krwi i limfy w dobranych przypadkach dopomoże wessaniu wytworów chorobowych, nadto może przeszkodzić zagnieżdżeniu się w zwątlonym miąższu płucnym drobnoustrojów gruźliczych i w ten sposób działać zapobiegawczo. A i Jaszczurówki w takich przypadkach doświadczyć warto.

d) Choroby narządu krążenia.

Naturalnem jest, że może tu być o tyle mowa o zboczeniach krążenia, o ile polegają na niedostatecznem lub wadliwem działaniu mięśnia sercowego i stąd pochodzącem upośledzeniu mechanizmu serca, jako (hydrostatycznie oceniając) pompy ssąco-tłoczącéj. Poprzednio już wyjaśniono, że klimat alpejski już w spokoju czynność oddychania i energiję akcyi sercowéj potęguje Wszelkie tedy choroby serca, które celem zrównoważenia rozdziału krwi po ustroju wymagają pomnożenia pracy mechanicznéj serca, innemi słowy wzmożenia dzielności mięśnia sercowego, mogą odnieść korzyści z działania klimatu tego, luboby organiczne zmiany nie dopuszczały zupełnego wyleczenia.

Tu należy przedewszystkiem poczynające stłuszczenie mięśnia sercowego na tle niedokrewności ogólnéj, lżejszéj błednicy, po ciężkich chorobach zakaźnych, wątłe serce, jako towarzysz skłonności ustrojowéj do gruźlicy, przypadki zacieśnienia krążenia płucnego skutkiem skrzywień stosu pacierzowego, nareszcie i wady sercowe organiczne, lecz te tylko, które są zdolne zupełnéj kompensacyi i gdzie stan ogólny nie stanowi przeciwwskazania.

Wady sercowe dłużéj trwające z objawami wyraźnemi niekompensacyi, u osobników źle odżywionych lub mocno niedokrewnych, u ludzi wieku podeszłego, tętniaki tętnicy głównéj i wielkich naczyń, rozległe i głębsze zmiany miażdżycowe, głębokie zmiany odżywcze mięśnia sercowego, np. znaczne stłuszczenie, z zasadniczych względów stanowią przeciwwskazanie zastosowania klimatu alpejskiego i do Zakopanego wcale się nie nadają.

Oprócz klimatu wskazały nam prace M. Oertla [1]) nowy, dawniéj nie wyzyskiwany czynnik leczniczy we właściwościach terenu miejscowości górskich. Nie tu miejsce rozpatrywać szczegółowo teoryję Oertla, zresztą już bardzo rozgłośną, przytaczać *pro* i *contra*: pragnący bliżéj zapoznać się z rzeczą znajdzie w oryginalnych dziełach autora szczegóły, ich uzasadnienie i wyniki praktyczne.

W zasadzie zapatrywanie Oertla jest następujące: Mięsień sercowy ulega tym samym prawidłom, co każdy inny mięsień ciała; celem wzmożenia jego dzielności potrzebnem jest: 1) stosowne, racyjonalne i energiczne odżywienie jego włókien; nakładanie mu stopniowe coraz to większéj pracy i pobudzanie do silniejszych i skuteczniejszych skurczów, jednem słowem istna gimnastyka mięśniowa serca; 3) gdy mięsień sercowy, jako od woli niezawisły, usuwa się z pod naszego bezpośredniego rozporządzenia, znachodzimy przecież odpowiedni środek pośredni w téj mierze, a tym środkiem jest: chodzenie wstępujące po równi pochyłéj, maszerowanie, spinanie się po wzgórzach i górach. Odbywanie systematycznych marszów przyspiesza krążenie żylne ku sercu prawemu, a potęgując siłę i wydatność wdechu pomnaża przypływ krwi do płuc i ułatwia przez to obfitsze zaopatrywanie w krew układu tętniczego, objawy te zaś są niezbędne celem wyrównania zboczeń w krążeniu i wzmocnienia zdolności mięśnia sercowego do właściwéj mu pracy mechanicznéj. 4) Miejscowości górskie i alpejskie nadają się najlepiéj do tego „terenowego“ leczenia, zwłaszcza takie, które mają równocześnie zalety klimatyczne, jak mechaniczne i bakteryjologiczna czystość powietrza, względna suchość i mniejsze ciśnienie powietrza, ułatwiające wykonywanie pracy mięśniowéj. Oto *succus et essentia* zapatrywań Oertla.

Wprawdzie dotąd podzielone są zdania o skuteczności, a nawet zasadniczéj wartości Oertlowskiego sposobu leczenia lub poprawiania terenem wad sercowych, wprawdzie pytanie: czy spokój alboli gimnastyka mięśnia sercowego jest racyjonalnem „*palliativum*“ w chorobach serca, wyczekuje zamknięcia aktów umiejętnych (ilość przypadków wykazujących krytycznie dodatnie wyniki tego leczenia dotąd w literaturze nazbyt szczupła), jednak ze względu na rozgłos sprawy nie będzie od rzeczy wyjaśnić, czy i w Zakopanem leczenie *à la* Oertel stosowanem być może.

Wiadomo, że wzmacnianie mięśnia sercowego według Oertla ma się odbywać systematycznie, stopniowo tak, jak n. p. zwykła gimnastyka mięśni barku ciążkami, z tą różnicą, że „dawką“ leczniczą będzie tu pewna jednostka pracy zadana mięśniowi sercowemu do spełnienia przy wstępowaniu po równi pochyłéj w górach. Jednostka ta zależy: 1) od długości drogi odbytéj n. p. $\frac{1}{2}$, 1, 2, 3 kilometrów; 2) od stopnia wznoszenia się drogi, czyli od wielkości kąta, jaki droga tworzy z poziomem; 3) od chyżości postępowania po téj drodze, względnie od czasu marszu n. p. 10, 20, 30 minut itd. Im dłuższa droga przebyta, im znaczniejsze wznoszenie się drogi, im większa chyżość marszu, tem większa praca mięśniowa przez serce dokonana. Z tego punktu widzenia rozróżnia Oertel drogi przechadzkowe: 1) prawie poziome, 2) o łagodnem wznoszeniu się, 3) mocno wznoszące się, 4) strome.

Pomijając drogi „prawie poziome, których nie brak nigdzie, przykładem drogi o łagodnem wznoszeniu się byłaby w Zakopanem droga od mostu poniżéj kościoła parafijalnego do Kuźnic, droga na 4000 m. długa, przedstawiająca wzniesienie ogólne na 1800 m., zatem średnie wznoszenie się $4\frac{1}{2}$ °-owe, dosyć jednostajnie rozdzielone. Droga ta dobra, w pierwszéj połowie polem otwartem, dalej częścią wśród lasu szpilkowego wiodąca nadawałaby się wybornie do ćwiczeń terenowych; liczne domostwa dają sposobność do schronienia się na przypadek nagłéj słoty.

Droga przechadzkowa mocno wznosząca się mogłaby być stosownie urządzoną na Gubałówkę, wzgórze na północ od Zakopanego 1125 m. wyniosłe ponad poziom kościoła; odległość w prostéj linii od kościoła na grzbiet góry wynosi 1500 metr., zatem stopień wznoszenia się średniego w prostéj linii wynosi 19°, który przez urządzenie dobrego, wężowato wijącego się chodnika lub ścieżki, może być dowolnie złagodzony. Wzgórze to bardzo bliskie, że środka wsi łatwo dostępne, zwrócone ku południowi, o gruncie dozwalającym na łatwe urządzenie dróg przechadzkowych, bardzo a bardzo nadaje się do doświadczenia postępowania Oertla.

Nareszcie dobrym przykładem dróg stromych byłby Boczań od Kuźnic 1280 m. wyniosły, 280 m. ponad Kuźnice; z Kuźnic na grzbiet w prostéj linii 1150 metr., zatem stopień średniego wznoszenia się = 24·3°. Możnaby jeszcze wiele innych dostępnych dróg wskazać, atoli powyższe 3 odpowiadałyby wymogom Oertla w zupełności.

Celem urządzenia dróg przechadzkowych *à la* Oertel potrzebaby: 1) odpowiedniemi znakami (na kamieniach, drzewach n. p. czerwoną barwą) oznaczyć części drogi stanowiące niejako poszczególne dawki lecznicze, uwzględniając (dokładnem obliczeniem) stopień wznoszenia się drogi w różnych jéj odcinkach, t. j. odległości wymagające pewnéj oznaczonéj pracy mięśniowéj w ogóle, a w szczególności pracy mięśnia sercowego: przytem oczywiście tem mniejsza długość drogi przypadnie na taki jeden dział, im znaczniejsze jest wznoszenie się. 2) Urządzić liczne altany (mogą być bardzo skromne i prymitywne) w miejscach, gdzie brak bliskich domów mieszkalnych, celem schronienia się podczas nagłéj słoty i burzy (urządzenie licznych ławek do wypoczynku uważa Oertel za niekonieczne, kładąc nacisk na tę okoliczność, że należy przy odbywaniu marszów leczniczych odpoczywać stojąco). 3) Wypracowanie i wydanie małych podręcznych map oznaczających rozpołożenie dróżyn, do leczenia terenem służących, i poszczególne równo-wartościowe ich działy za jednostkę marszu uznane, najlepiéj kreślonych sposobem hypsometrycznym (dla osób inteligentnych bardzo miłe i pożądane).

Wobec nieznacznych kosztów wartoby tymczasem chociaż sposobem najprostszym pourządzać i pooznaczać takie dróżyny w Zakopanem — tyle pewna, że w Zakopanem od późnéj wiosny do wczesnéj jesieni leczenie sposobem Oertla

---

[1]) M. J. Oertel, *Handbuch der allg. Therapie der Kreislaufsstörungen 3 Aufl.* — Tenże, *Ueber Terrain-Curorte Leipzig* 1886.

mogłoby się odbywać bardzo dobrze i zbyteczna w téj porze wyprawiać chorych celem samego tylko leczenia terenem za granicę. Bardzo dokładnie i umiejętnie wytknięte drożyny według Oertla znachodzą się w Meranie, Arco, Bozen, także i Szmeksie, jeżeli się nie mylę i wielu innych miejscach klimatycznych.

Sposób szczegółowego przeprowadzenia leczenia terenem (jakość kroków, konieczność odpoczywania stojąco celem zapobieżenia nagłemu zacieśnieniu zakresu krążenia małego, jakie po usiąściu bezpośrednio po znużeniu mięśniowem z powodu podania przepony ku górze następuje, zachowanie się dyjetetyczne, uszczuplenie ustrojowi wody i płynów, odzież itd. itd. pomijam, odsyłając ciekawego do dziełka Oertla poniżéj podanego. (Dok. nast.)

VIII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Prof. K. B. Lehmann i Dr. F. Jessen: **Działanie trujące powietrza wydechowego.**

Obydwaj badacze przyszli co do działania trującego powietrza wydechanego do następujących wyników: Wprawdzie wydziela człowiek przy oddechaniu nikłe ślady istot organicznych, lecz na razie nie można nic dokładnego powiedzieć o ich składzie chemicznym i ich własnościach trujących, czy w ogóle należą może do lotnych alkaloidów. Jest prawdopodobnem, że ono tak jak i prawie wszystkie inne wydzieliny ciała ludzkiego są dla zdrowia ludzkiego szkodliwe — lecz tego za pomocą doświadczeń na zwierzętach i ludziach dotąd wykazać nie można, zaś doświadczenia Brown-Séquarda i d'Arsonvala w tym kierunku doprowadziły do fałszywych wyników i nie dowiodły ich twierdzenia. Nie można dowieść wprost szkody dla zdrowia z parowania brudnéj, pocącéj się skóry, ani też takich sukien. Wprawdzie oddechanie takiem powietrzem było przez pierwszy kwadrans bardzo nieprzyjemnem, wywoływało odrazę, lecz późniéj uczucia tego nie było. Tłomaczą oni działanie złego zużytego powietrza w ten sposób, że przy niem działa wysoka ciepłota, nasycenie wielkie powietrza parą, promieniowanie ciepła odmienne i organiczne ciała odrażające, dające się łatwiéj stwierdzić za pomocą powonienia, aniżeli za pomocą środków chemicznych. Jeżeli czynniki te działają na osłabiony ustrój, albo okazujący podnieconą idyjosynkrazyję, to łatwo zrozumieć omdlenie i inne przypadłości nagabujące osoby przy oddechaniu zepsutem powietrzem. Jeżeli nastaje schorzenie skutkiem przebywania przez czas długi w przestrzeniach zamkniętych, to może je tłomaczyć brak ruchu, albo ruch niedostateczny, żywienie nieodpowiednie, brak światła słonecznego i wpływów zmiennéj ciepłoty, która hartuje i pobudza; czynniki te odgrywają równie ważną rolę jak i skład chemiczny powietrza. (*Archiv f. Hygiene.* Bd. X, H. 3). *Dr. Buszek.*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** 5-go czerwca. Na wczorajszem posiedzeniu Tow. lek. krak. przyjętym został na członka czynnego Tow. Dr. J. Siedlecki. Poczem kol. Mars opowiedział ciekawy przebieg porodu bliźniaczego, kol. Gross przedstawił osobliwe zmiany na tęczówce u królika, któremu zaszczepił był promienicę. Wreszcie tenże kolega okazał gorsety własnego wyrobu ze szkła wodnego.

Na posiedzeniu z dnia 21-go maja został przyjęty na członka Tow. Dr. Schneider.

* **Drugi Zjazd chirurgów polskich.** W dalszym ciągu zapowiedział

13. prof. Obaliński wykład „o nowym sposobie resekcyi stępu" (*resectio tarsi*).

* W Cieplicach czeskich do dnia 29-go maja było gości 1214.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Utrecht.** Docent wiedeński i asystent prof. Billrotha, Dr. Fryderyk Salzer, mianowany profesorem chirurgii. — **Halla.** Nowo urządzony został zakład higijeniczny pod kierownictwem prof. Renka. — **Petersburg.** Docent Dr. Szydłowski wybrany został profesorem higijeny, a Drowie Afanasiew i Andrejew habilitowali się jako docenci prywatni, pierwszy anatomii patologicznéj, ostatni położnictwa i ginekologii.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp.: Tadeusz Krygowski z Koszlak w Galicyi i Bolesław Madeyski rodem z Krakowa.

Artykuły orygin mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Kronice Lek.* Nr. 5: Goldflama: Przyp. połowiczego zaniku twarzy; Matlakowskiego: Główniejsze rodzaje szwu chirurgicznego. — W *Gaz. Lek.* Nr. 22: Pawińskiego: Ostra prosowata gruźlica bez gorączki; Filipkiewicza: O pryszczycy na tle skazy dnawéj; Warmana: Tamponada Dührssenowska przy krwotokach połogowych. — W *Zdrowiu* Nr. 56: Siemieńskiego: O znaczeniu hig. rozpuszczonego w wodzie tlenu (c. d.); Zawadzkiego: Ze zdrojowisk krajowych (dok.). — W *Medycynie* Nr. 20: Biegańskiego: Z kazuistyki chorób układu nerwowego (dok.).

Redakcyja otrzymała:

J. GRUNDZACH: O powstawaniu brunatno zabarw. strzępków w zawartości żołądka (odbitka z *Gaz. Lek.* 1890) in 8-vo str. 5.

* Zamiast wieńca na trumnę ś. p. Dra Michała Janochy złożyli na rzecz funduszu wdów i sierót Towarzystwa lekarzy gal. koledzy zmarłego: Barzycki, Bielański, Bujniewicz, Drobner, Drzewicki, Dumaire, Filewicz, Fieszar, Herzum, Loewy, Nidecki, Niesiołowski, Rasp, Rotter, Segel, Soyka, Wojnarski, Zagórski i Zennerman — kwotę 42 złr.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Dr. Kazimierz Piątkiewicz

b. operator kliniki chirurgicznej Prof. Mikulicza i Rydygiera w Krakowie i kliniki chorób kobiecych, radcy dworu Prof. Breisky'ego w Wiedniu
ordynować będzie jak w latach zeszłych
w tegorocznym sezonie
W RABCE. 87—6—2

KARLSBAD.

Dr. HASSEWICZ

udzielać będzie jak i lat poprzednich porady lekarskiej
przez cały sezon kuracyjny 84—3—2
Dom: KOPERNIK.

DR. F. CHŁAPOWSKI

ordynuje podczas sezonu kąpielowego 73—9—4
jak lat ubiegłych
w KISSINGEN.

DR. TOMASZ ZAREMBA

ordynuje jak dawniej od 10 Czerwca
W SZCZAWNICY
Villa Atylla. 72—6—5

Dr. F. M. GŁUCHOWSKI

b. elew Kliniki wewnętrznej Prof. Korczyńskiego, b. lekarz praktykujący oddziału chirurgicznego Prof. Obalińskiego i szpitala dla dzieci Prof. Jakubowskiego
ordynuje w sezonie tegorocznym jak i w latach poprzednich
jako lekarz zakładowy 65—4—2
w RABCE.

LUBIEŃ.

Lekarzem zakładu jest od tegorocznego sezonu
począwszy

Dr. ZYGMUNT RIEGER

Radca zdrowia. 63—8—6

MARIENBAD.

Dr. STANISŁAW PRAGER

jak od lat 11-tu tamże praktykuje. 82—3—2

Dr. KAROL DĘBICKI

ordynuje jak lat poprzednich 57—10—8
W FRANCENSBADZIE
(Kulmerstrasse. Fazan).

Dr MICHAŁ KAUFMANN

ordynować będzie jak w latach poprzednich przez sezon kąpielowy
w Maryjenbadzie.
(VILLA LISSA). 56—10—7

W atonii kiszek, nerwobólach i otyłości łączy kuracyę zdrojową z mięsieniem (*Massage*), które sam wykonywa.

DR. JÓZEF SZAJNA

ordynuje jak lat poprzednich
w Zakładzie zdrojowo-kąpielowym
w Rymanowie 90—3—2
Dom **„pod białym orłem."**

Dr. KAZIMIERZ KADEN

lekarz szpitala św. Ludwika w Krakowie,
ordynuje w sezonie bieżącym
w Iwoniczu. 69—1

LUHACZOWICE

Dr. E. SPIELMANN
Z WIEDNIA
jest czynnnym jak w latach poprzednich jako **urzędowy lekarz zdrojowy** w Luhaczowicach na Morawie. 67—10—5

Levico

naturalna woda mineralna w **arsen i żelazo** zasobna (rozbiór prof. Ludwika Bartha Wiedeń z silnem działaniem leczniczem w **osłabieniu, niedokrewności, nerwowości, chorobach krwi i skóry, nieprawidłowościach miesiączki** i t. d. Składy w aptekach i składach wód mineralnych. Woda świeżego napełnienia we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych. 32—12—11

SZCZAWNICKA WODA

ze zdrojów
Szymona osobliwie **Wandy**
najskuteczniejsza przy leczeniu katarów szczególniej dróg moczowych — rozseła się **bezpośrednio** z **Zarządu** Dra Kołączkowskiego z opustem 10% dla odbiorców ponad 100 flaszek.
Zarząd Zakładów na **Miedziusiu** w **Szczawnicy.** 28—12—12

BULION

przez Towarzystwo lekarskie krakowskie wzbierany i polecony do użycia chorym i podupadłym na siłach jako bardzo skuteczny środek wysyła na żądanie **Antoni Solkowski** w Krysowicach poczta Mościska po sześć zł. za kilogram. — Odbiorcom większej ilości opust. 79—15—2

W DOMU:

Każdej chwili wygodnie i tanio urządzić można

naturalne solne kąpiele

wziewania, rozpylania itd. zapomocą

c. k. Halleinskiego ługu solnego

sporządzonego w c. k. kopalniach soli przez **Dra Sedlitzky'ego** c. k. aptekarza nadwornego w Salcburgu. — Wskazania takie, jak dla naturalnych uzdrowisk solnych, szczególnie **choroby narządów brzusznych u kobiet, choroby dzieci** (zołzy) itd. Od r. 1878 stosują go i polecają PP. Profesorowie: **K. i G. Braun, Chrobak, Rokitansky, Spath**, nadto jest ☞ **używany w wszystkich** klinikach i szpitalach. ☜ Nabyć można we **wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.** Kilo kosztuje 70 ct.; w Węgrzech 80 ct. Należy zwracać uwagę na powyższą firmę. Rozbiory i próbki przesyła się chętnie bezpłatnie. 46—6—5

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 14 Czerwca 1890. Nr. 24.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Rydygiera w Krakowie.

Nowe wskazanie do operacyi Wladimirowa-Mikulicza i kilka przypadków operowanych tą metodą.

Podał

Dr. Gabryszewski,

II. asystent tejże kliniki.

Wszelki nowy zabieg chirurgiczny, który pozwala zachować kończynę lub część jéj tylko, dotąd na utratę skazywaną, był i jest uważanym jako postęp w chirurgii; nie ulega bowiem wątpliwości, że nawet tak drobnéj pozostałości stopy jak przy Pirogowie żadna proteza nie jest w stanie choremu zastąpić. To też z zajęciem przyjęto wiadomość o ogłoszonéj w r. 1881 nowéj metodzie osteoplastycznéj resekcyi stopy, która przy odpowiednich wskazaniach miała zastąpić odjęcie podudzia i dać choremu do chodu zdatniejszą kończynę [1]). Kiedy Mikulicz, który nosząc się już dawniéj z myślą zrobienia takiéj operacyi, wykonał ją raz pierwszy na człowieku żywym i opisał swój nowy sposób operowania, podał jako wskazania do tego rękoczynu: 1. Gruźlicę stopy ograniczającéj się do kości piętowéj, skokowéj i stawu skokowego. 2. Znaczne ubytki skóry w okolicy pięty (wrzody). 3. Zranienia szczególnie postrzałowe, druzgocące piętę i jéj otoczenie. Wkrótce cały szereg prac przekonał o dobrych wynikach téj operacyi i podniósł jéj zalety, ale stwierdził zarazem, że operacyja ta, o ile z jednéj strony odpowiedziała lub może przeszła oczekiwania, z drugiéj strony cokolwiek zawiodła nadzieje. Co do wskazań, to czas miał nie tylko stwierdzić praktycznemi wynikami wysnute teoretycznie wskazania Mikulicza (podobne dal Wladimirow), ale podać sposobność do nowych.

Mikulicz zrobił swą operacyję raz pierwszy z powodu owrzodzenia kilakowego w okolicy pięty i jéj okolicy. Wskazanie to pozostało jak dotąd odosobnionem i jedynem, za to gruźlica, którą sam postawił na pierwszem miejscu i planie, okazała się wskazaniem najczęstszem i najodpowiedniejszem, bo nawet wkrótce pokazało się, że z powodu gruzlicy stopy operacyja podobna już przed wielu laty wykonaną została.

W r. 1884 zwrócił na zjeździe w Kopenhadze Sklifosowski [1]) uwagę, że prawie w taki sam sposób przed dziewięciu jeszcze laty operował jeden przypadek Wladimirow i sposób swój opisał i przedstawił na zjeździe lekarzy i przyrodników w Kazaniu. Operował zaś bardzo podobnie do Mikulicza z powodu gruźlicy kości piętowéj i stawu skokowego i miał dobry wynik. Nie zastanawiając się bliżéj nad różnicami obu operacyj, każdy przyzna z Fischerem [2]), że sposób Mikulicza łatwiejszem cięciem i lepszym przystępem przewyższa Wladimirowa, a dodać trzeba wraz z Mikuliczem [3]), że i lepszym wynikiem funkcyjonalnym, bo bez wygięcia palców prostopadle do podeszwy w stronę grzbietową stopy, licho bez protezy możnaby chodzić i licho chodził jeszcze po roku pacyjent Wladimirowa.

Prócz tego przypadku zestawił Fischer [4]) jeszcze 14 przypadków operowanych sposobem Mikulicza z powodu gruźlicy stopy, a dzisiaj ciągle nowe przybywają. Tak w statystyce Zezasa [5]) na 19 przypadków jest 16 z powodu gruźlicy. Bauerhahn [6]) przytacza trzy nowe przypadki, z tych dwa gruźlicze. W najnowszem zaś zestawieniu Butra [7]) na 34 przypadków wszystkich wypada 26 operowanych z powodu gruźlicy. Prócz tego w naszéj klinice operowano 8 przypadków z powodu gruźlicy, a w szpitalu św. Ludwika również kilka. Wyniki bezpośrednie gojenia, jako też funkcyjonalne były przeważnie dobre, nie spełniły się tylko nadzieje Mikulicza co do radykalności operacyi, bo było kilka nawrotów choroby, w każdym razie niegorzéj można tu rokować niż

[1]) *Eine neue osteoplastische Resectionsmethode am Fusse. Archiv f. klin. Chirurgie.* 1881, II. Heft. — [2]) G. Fischer: *Zur osteoplastischen Resection des Fusses nach* Wladimirow-Mikulicz. *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie* 1885, I i II zeszyt.— [3]) P. w. — J. Mikulicz: *Zur Prioritätsfrage der osteoplastischen Resection am Fusse. Archiv f. klin. Chirurgie* 1886, I zeszyt. — [4]) P. w. — [5]) Zesas: *Zur Casuistik der osteoplastischen Fussresection nach* Wladimirow-Mikulicz. *Archiv f. klin. Chirurgie.* 1886, III zeszyt. — [6]) *Beiträge zur Würdigung der Resectio pedis osteopl. nach* Wladimirow-Mikulicz. *Deut. Zeitschrift f. Chirurgie* 1888, 5 i 6 zeszyt. — [7]) *Centralblatt f. Chirurgie,* 1889, Nr. 15.

przy innych resekcyjach, bo przystęp daje ta operacyja doskonały. Powrócimy jednak jeszcze do téj sprawy przy omówieniu innych naszych przypadków.

Co do trzeciego wskazania do téj operacyi, a jeszcze przez Mikulicza podanego, spostrzegamy je dwa razy tylko, raz w zestawieniu Zesasa, raz w pracy Bauerhahna. Rozchodziło się tam w pierwszym przypadku o urazowe zdarcie wszystkich części miękkich na pięcie i zmiażdżenie kości piętowéj, skutkiem czego wykonał operacyję Wladimirowa-Mikulicza Nichaus[1]). Z powodu zmiażdżenia *calcanei et tali* wraz z otwarciem stawu skokowego i stawu Choparta operował również Rose[2]). Tu trzebaby zaliczyć i wszystkie rany postrzałowe, dla których już pewnie osteoplastyczna resekcyja stopy w ostatniéj wojnie była wykonywaną, ale nie ma o tem żadnego sprawozdania.

Nie długo czekać trzeba było, aby nastręczyły się nowe wskazania do operacyi Wl.-Mikulicza. Reussen[3]) wykonał ją w przypadku źle zgojonego skomplikowanego złamania podudzia około kostek; prawa stopa była tu w położeniu stopy końskiéj ustawioną bagnetowato na zewnętrznéj stronie podudzia. Sklifassowski[4]) użył raz osteoplastycznéj resekcyi stopy w przypadku mięsaka, wychodzącego z okostnéj kości piętowéj[5]), w statystycznem zaś zebraniu przypadków u Butra[6]) znajdujemy trzy razy nowotwory podane jako powód operacyi osteoplastycznéj stopy.

Do trzech więc postawionych przez Mikulicza przybywa jako wskazanie czwarte: przypadki źle wyleczonych złamań podudzia około kostek i jako piąte: przypadki złośliwych nowotworów kości piętowéj i pięty.

Przypadki objęte czterema ostatniemi wskazaniami zdarzać się mogą tylko rzadko, jak to już doświadczenie okazało, pierwsze zaś wskazanie: gruźlica, która w stopie tak chętnie się rozwija, należy do najczęstszych, przy operacyi Wl.-Mikulicza rzec można uprzywilejowanych wskazań.

W tym roku nadarzył się nam przypadek, który naprowadził prof. Rydygiera na myśl wykonania operacyi Wladimirowa-Mikulicza na stopie zdrowéj, celem przedłużenia kończyny skutkiem podwójnéj resekcyi w kolanie znacznie skróconéj.

Przypadek ten i z innych względów ciekawy tak się w krótkości przedstawia:

S. T., dziś 17-letni chłopiec, operowanym był d. 5-go marca 1883 r., a więc przed 6 przeszło laty z powodu *gonitis fungosa*, a mianowicie wykonano na nim resekcyję prawego kolana sposobem Volkmanna. Dziedzicznego obciążenia ani objawów gruźlicy ogólniejszéj nie można było wykazać, natomiast stwierdzono znaczną bezkrwistość i wybitne ślady przebytéj krzywicy. Przebieg gojenia był prawidłowy, tylko przy jednym z późniejszych opatrunków w trzy tygodnie po operacyi zwrócono uwagę na lekkie przygięcie kończyn w stawie kolanowym. Aby temu zapobiedz założono odpowiednią szynę, a w miesiąc później gips, w którym chory zaczął się przechadzać. Nakoniec 30 maja, więc blisko w trzy miesiące po operacyi, wypuszczono chorego z nogą prostą i ze stawem kolanowym silnie zrośniętym i zupełnie nieruchomym, zaopatrzonego tutorem do domu.

Chory blisko rok nosił tutor, a gdy z niego, jak się sam wyraża wyrósł, odrzucił zdarty tutor i chodził bez żadnego podparcia.

Po niejakim czasie zauważył, że noga mu się w kolanie nieco zgięła, nie zwracał na to jednak uwagi i nawet w laskę się nie zaopatrzył. To też w nadzieji, że mu się noga więcéj już nie zegnie, doprowadził z czasem do stanu takiego, że gdy się zgłosił w marcu 1889 r. do naszéj kliniki, miał nogę zgiętą w stawie kolanowym pod kątem mniéj lub więcéj 60°, a że nie używał ni laski, ni kuli, więc chodził jak wahadło raz unosząc się, raz opadając do zupełnego przysiadu na ziemi.

Wówczas to prawa jego noga w całości wychudzona i w stanie kolanowym zupełnie nieruchoma (*ankylosis*) okazywała skrócenie blisko 6 cm. (chora kończyna 83, zdrowa 89 ctm.).

W takim stanie rzeczy wykonano u chłopca tego, w owym czasie nieźle odżywionego, powtórną resekcyję zgiętego kolana dnia 20 marca 1889 r., przyczem wycięto klin, którego podstawa ku przodowi zwrócona wynosiła 10 ctm. Nogę wyprostowano. ustalono pod opatrunkiem aseptycznym szyną dodatkową i ułożono na szynie Petita.

Oczywista przy takim sposobie operowania (a nie było innego, bo świeżo na zjeździe chirurgów w Berlinie podany sposób Lauensteina nie był nam znanym jeszcze), należało się spodziewać bardzo znacznego skrócenia operowanéj kończyny i tak się też okazało, bo chora noga była teraz o 12 przeszło ctm. krótszą od zdrowéj. Aby więc przedłużyć biednemu chłopcu tak skróconą kończynę, powziął prof. Rydygier myśl zrobienia na niéj operacyi Wladimirowa-Mikulicza. To też gdy w trzy tygodnie po operacyi zmieniono opatrunek i stwierdzono rychłozrost, zaproponowano choremu operacyję, która mu miała dać dogodniejszą do chodu nogę; a gdy się chory na nią zgodził, wykonał Prof. Rydygier dn. 9 maja osteoplastyczną resekcyję stopy, trzymając się przepisu Mikulicza, ale oszczędzając ile możności szkieletu kostnego, a więc ścinając tylko płaszczyzny stawowe kości podudzia, przepiłowując *os naviculare* i *cuboideum*.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy, rychłozrost zupełny, a w 5 tygodni po operacyi zaczął chory robić pierwsze próby chodzenia, oczywista przy pomocy dobrze przymocowanéj szyny i laski. W kilku tygodniach nabrał tak znakomitéj wprawy, że nie tylko szybko chodził, ale biegał całemi godzinami po dziedzińcu klinicznym i chwalił sobie niesłychanie ten nowy sposób swobodnego poruszania się, jakiego od kilku lat nie zapamiętał, czołgając się formalnie po ziemi. Zoperowana zaś kończyna okazała się przedłużoną przeszło o 3 ctm.

Nie ulega wątpliwości, że to przedłużenie nieznaczne i na pozór mało warte. Pomijając jednak to, że przy odpowiedniéj modyfikacyi sposobu operowania Wladimirowa-Mikulicza można otrzymać przedłużenie znaczniejsze, trzy centimetry jest już różnicą nie do lekceważenia, a kończyna o 9 ctm. tylko krótsza od zdrowéj, będzie o wiele sprawniejszą do chodu niż o 12 ctm. krótsza.

Nadto noga po resekcyi osteoplastycznéj przedłużona ma jeszcze inne zalety. Jak się Adelmann wyraził, jest to „żywe szczudło[1]), które ma jednak tę właściwość, że styka się na znacznéj przestrzeni ziemi i to powierzchnią sprężystą, którą stanowią główki śródstopia i palce nogi, a do samego punktu podparcia przebiega w jednym kierunku tak, że człowiek stojący na osteoplastycznie resekowanéj stopie ma nogi od stawu biodrowego do podstawy prostą. To też o ile stopa po Wladimirowie Mikuliczu nie przeszkadza do swobodnego zginania nogi w kolanie podczas chodu z powodu elastycznéj podstawy swojéj, o tyle znowu jest bardzo dogodną dla nogi w kolanie resekowanéj, a do tego krótszéj:

[1]) Zesas: *Zur Casuistik* etc. p. w. — [2]) Bauerhahn: *Beiträge zur Würdigung* etc. p. w. — [3]) *Centralbl. f. Chirurgie* 1885. — [4]) Bauerhahn p. j. w. — [5]) Podobny przypadek mieliśmy w tym roku w naszéj klinice, ponieważ jednak mięsak w okolicy pięty w kość nie drążył, przeto poprzestaliśmy na wycięciu nowotworu w granicach zdrowych i wyskrobaniu kości, a ubytek pokryliśmy skórą podudzia nogi zdrowéj. — [6]) *Centralblatt f. Chirurgie* p. j. w.

[1]) Zdaje mi się, że nazwanie stopy po osteoplastycznéj resekcyi żywem szczudłem, które sam Mikulicz nazwał słusznem, jest za słabe, żadne bowiem szczudło nie jest w stanie dać choremu tak giętkiéj, pewnéj, a co najważniejsza woli posłusznéj podpory i sądzę, że Bauerhahn bardzo trafnie i dowcipnie wyraził się, gdy powiedział: „*Es ist doch einzusehen, warum ein* „Mikulicz“ *nicht ebenso leichtfüssig werden könnte, wie ein Ballettänzer vom Fach mit dem sogenannten Ballengang!*“

uwalnia bowiem chorego od brzydkiéj i niedogodnéj protezy, t. j. pozwala mu się bez niéj albo zupełnie obejść, lub zastąpić ją estetyczniejszą. Jest to bardzo ważne, szczególniéj dla biedaków, którzy nie mogą o protezie zawsze pamiętać, odmieniać ją i o nową się starać, lub ich na nią po prostu nie stać; a chodząc bez protezy przy skróceniu kończyny rychło przy chodzeniu na palcach się nużą, lub narażają na rozliczne szwanki (skolijoza, kontraktura mięśni łydkowych, zgięcie kolana jak w naszym przypadku itp.[1]).

Dodatkowo zaznaczyć muszę, że spodziewaliśmy się nieco znaczniejszego przedłużenia stopy, szczególniéj przy takiem oszczędzaniu szkieletu stopy, jak to czyniliśmy w opisanym przypadku. To też wraz z prof. Rydygierem robiłem próby na trupach, jakie największe przedłużenie otrzymać można i doszedłem do takiego wyniku, że największe przedłużenie, jakie się da osiągnąć na średniéj wielkości nodze, wynosi 5 cm. Aby je otrzymać, należy operacyję Mikulicza nieco zmienić, a mianowicie cięcie tylne prowadzi się nieco niżéj od dolnego przedniego brzegu malleolów, a stąd prowadzi się cięcie strzemiączkowe wprost na dół. Odpadają więc cięcia środkowe Mikulicza, które łączą części tylne i strzemiączkowe naprzód wysunięte, a całość przypomina jakby odwróconego Pirogowa. Z kości odpiłowują się kości udowe tuż nad powierzchnią stawową *tibiae*, a z kości stopy odcina się tylko część kości piętowéj i skokowéj; że jednak kierunek przepiłowania przebiega ze względu na cięcie zawsze nieco skośnie, przeto trzeba skórę w górnéj szczególnie części *tali* silnie hakami odsuwać. (C. d. n.)

II. O liszaju żrącym *(Lupus vulgaris)*.

Podał

Dr. Antoni Krokiewicz,

były asystent przy kat. anat. pat. Uniw. Jag.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 23.)

Naukę liszaja żrącego posunął naprzód dopiero Friedländer[2]) od czasu Virchowa, odkąd tenże wykazał pośród niego utkanie nie różniące się niczem pod względem anatomicznym od utkania gruźliczego. Według Friedländera w skład pojedynczych ognisk wchodzą i komórki olbrzymie Langhansa i komórki przybłonkowate obok drobnych, okrągłych, na obwodzie ułożonych. I pierwszy Friedländer oświadczył, iż budowa anatomiczna liszaja żrącego odpowiada w zupełności utkaniu gruźliczemu.

Następnie badania Rozalii Idalsohn[3]) wykonane w pracowni Langhansa stwierdziły słuszność zapatrywania Friedländera. Idalsohn badając liszaj żrący na błonie śluzowéj dochodzi do następujących wyników: Przybłonek w największéj liczbie przypadków nie ulega zmianie. Punktem wyjścia tego procesu patologicznego jest zawsze sama błona śluzowa, a wszelkie zmiany w przybłonku jak i w błonie podśluzowéj są wtórorzędnéj przyrody; mogą istnieć lub nie. Zawsze w częściach obwodowych procesu chorobowego znajduje się naciek drobny, komórkowy, pod którym w środku widoczne są komórki przybłonkowate i olbrzymie. Naczynia ulegają zarośnięciu. Prawdopodobnie punktem wyjścia jest tkanka łączna. Komórki przybłonkowate i olbrzymie powstają z komórek drobnych i okrągłych, jużto przez powiększenie się takowych, jużto przez zlewanie się kilku w jednę. Anatomicznie liszaj żrący przedstawia to samo utkanie, co i gruzełek gruźliczy.

Do podobnych wyników dochodzi i Baumgarten[1]) Według niego w liszaju żrącym pod drobnowidem obraz jest podobny do gruźlicy, ale nie taki sam, jak w gruźlicy typowéj i dlatego tenże odłącza pojęcie liszaja żrącego od gruźlicy zaliczając proces liszaja żrącego do tak zwanych ziarniaków (*granulomata*). I tu wytwarzają się ogniska złożone z komórek okrągłych, drobnych, z przybłonkowatych i olbrzymich o postaci jużto okrągłéj, jużto owalnéj, jużto maczugowatéj. Przez zlewanie się pojedynczych gruzełków powstają rozleglejsze nacieki. Punktem wyjścia jest tkanka łączna około naczyń. Tkanka jednak liszaja żrącego obfituje w mnogie naczynia krwionośne i w liczne komórki olbrzymie, i nie ulega zserowaceniu, lecz zawsze owszem okazuje dążność do zabliźnienia się, wytwarzania tkanki łącznéj zbitéj, przeciwnie jak gruźlica.

Badania Jamiessona[2]) i Grefberga[3]) nietylko że nie przedstawiają nic nowego, lecz nawet nie zaznaczają dokładniejszéj i subtelniejszéj budowy utkania liszaja żrącego.

Tak stoi rzecz co do utkania liszaja żrącego.

Wobec tak różnorodnych wyników badania histologicznego utkania liszaja żrącego postanowiłem zająć się tym przedmiotem. Materyjał otrzymywałem za łaskawem zezwoleniem prof. Dra Rosnera i doc. Dra Zarewicza z oddziałów kliniki chorób skórnych i syfilitycznych w Krakowie, z chorych dotkniętych cierpieniem liszaja żrącego od kilku miesięcy do kilkunastu (15). Do badania drobnowidowego wycinałem w każdym przypadku z miejsc najświeższych guzków jeszcze nie rozpadłych i późniejszych rozpadłych, owrzodziałych lub w części się zabliźniających. Cząstki z tych kawałeczków powycinanych zużywałem do badania histologicznego, podczas gdy resztę pozostałą materyjału otrzymywanego przeznaczyłem do wywołania eksperymentu na zwierzętach, to jest do przeszczepiania. Wszystkich przypadków badałem 15. Cząstki przeznaczone do badania histologicznego stwardniałem częścią w wyskoku, częścią w 0·5% kwasie chromowym i następowo dopiero w wyskoku; ostatecznie zatapiałem w celloidynie. Skrawki mikrotomowe w jednéj części badałem co do utkania histologicznego, w drugiéj co do obecności mikroorganizmów. Cięcia wykonywałem w kierunku prostopadłym do powierzchni.

Do barwienia w celu wykazania budowy utkania liszaja żrącego używałem przeważnie rozczynu ałunowego hematoksyliny, gdyż w ten sposób uzyskiwałem najlepsze obrazy. Rozczyn hematoksyliny przysposabiałem sobie każdym razem świeżo według przepisu Böhmera w ten sposób, iż wlewałem do rozczynu wodnego 1% ałunu tyle kropli z rozczynu wyskokowego hematoksyliny (1:30·00), aż póki nie wystąpiło pożądane zabarwienie niebieskie, i następnie wkładałem doń

---

[1]) Dziwnem się wyda, że 1887 r., kiedy operacyja Mikulicza zyskała już sobie ogólne uznanie, znalazł się ktoś, który ją z gruntu potępił. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy w Bernie powiedział tamtejszy lekarz i bandażysta Dr. Schenk (*Schweizer Correspondenzblatt* 1887) z okazyi swego odczytu „o protezach", że należałoby osteoplastyczną resekcyję stopy absolutnie zarzucić, daje bowiem kończynę, która pod względem funkcyjonalnym i estetycznym porównaną być może ze złem szczudłem co najwięcéj. Sztuczna zaś noga po amputacyi podudzia zastępuje zdrową nogę tak znakomicie, że wszelkie operacyje w stawie skokowym uważa za zbędne, jeżeli nie szkodliwe. Trzeba przyznać, że mechanika w ogólnym postępie nie zostaje w tyle, ale na przesadne twierdzenie Schenka najlepszą odpowiedź dają sami chorzy; gdyby im dano wolny wybór, nie wiele swych świetnych szczudeł sprzedałby pan bandażysta.

[2]) Virchows-Archiv. *Uiber locale Tuberculose.* Bd. 60 i Volkmanns Vorträge 64. — [3]) *Ueber Lupus d. Schleimhäute, Vierteljahrsch. f. Syph. u. Dermat.* p. 122 r. 1882.

[1]) *Ueber Lupus u. Tuberculose besonders der Conjunctiva.* Virchows Archiv. Bd. 82 r. 1881 i Bd. 84. — [2]) *Ein sehr ausgebreiteter Fall von Lupus.* 128; *Vierteljahrsch. f. Syph. u. Derm.* 1880. — [3]) *Lupus essential. Tuberc.*; idem 1883.

skrawki na przeciąg 2—3 zazwyczaj godzin, poczem takowe wyjmowałem i wkładałem do wyskoku absolutnego z domieszką kwasu pikrynowego na kilka godzin. Do wyjaśniania preparatów używałem olejku goździkowego, do przechowania zaś balsamu kanadyjskiego. W ten sposób postępując otrzymywałem preparaty dwubarwne, wyraźne, gdzie tło zabarwione było jasno-żółto, a komórki, głównie ich jądra, ciemno-niebiesko, o ostrych i wyraźnych zarysach.

Badania moje, ograniczające się do przeszło 400 preparatów, doprowadziły mnie do następującego wyniku: Proces liszaja żrącego przeważnie ogranicza się do saméj skóry; tkanka podskórna zazwyczaj jest wolna. W przypadkach najświeższych widoczne są w głębszych warstwach tkanki skórnéj ogniskowe sploty gęsto ułożonych komórek wypustkowatych tkanki łącznéj, stanowiące gęstą siatkę, obok drobnych ognisk, w skład których wchodzą przeważnie komórki przybłonkowate, mniéj komórki drobne, okrągłe. Komórki przybłonkowate są dość duże, o granicach nieregularnych, okazują oprócz pierwoszcza dobrze rozwiniętego duże jądro owalne, pęcherzykowate z jąderkami niejednostajnie się barwiącemi. Komórki drobne o kształcie okrągłym posiadają duże jądro, prawie całą komórkę wypełniające, i otoczone są drobnym rąbkiem pierwoszcza, słabiéj się barwiącego. Sploty powyższe tkanki łącznéj komórkowéj znajdują się w pobliżu naczyń, okalają na około takowe lub rozpościerają się wzdłuż przebiegu takowych, tworząc tym sposobem ogniska jużto większe, jużto mniejsze w przestworach naokołonaczyniowych. Naczynia krwionośne są o wiele liczniejsze, widoczny ich niepomierny przybytek pośród nowego utkania. Ściany naczyń drobnych wlosowatych okazują miejscami zgrubienia skutkiem wytworzenia się pokładu komórek śródbłonkowych na wewnętrznéj ich powierzchni; przeważnie jednak naczynia krwionośne są porozszerzane i przekrwione. Przyskórek, brodawki skórne w tym okresie nie okazują zboczeń.

W przypadkach dłużéj trwających, skoro już mamy do czynienia z typowym guzkiem na skórze, powyższe sploty ciałek tkanki łącznéj znikają. Ogniskowe pojawienie się tkanki świeżéj, granulacyjnéj, w głębszych warstwach skóry coraz bardziéj ustępuje miejsca naciekowi rozlanemu, składającemu się w częściach środkowych przeważnie z komórek przybłonkowatych i wrzecionowatych, w częściach zaś obwodowych z drobnych, okrągłych. W samym środku powyższych nacieków znajdują się i komórki olbrzymie. Proces powyższy zajmuje już i warstwę naczyniową i brodawkową skóry, choć tu pojawia się tylko ogniskowo.

Ogniska rozleglejsze poprzerzynane są również obfitą siecią naczyń krwionośnych włosowatych, których ściany są jużto prawidłowe, jużto okazują zgrubienia; powstają one przez zlewanie się drobnych ognisk. W skład większego każdego ogniska wchodzą i komórki olbrzymie, których ilość zazwyczaj jest znaczna, dochodzi bowiem 8—10; znajdują się one rzadziéj w środku takowych, częściéj w częściach obwodowych i otoczone są zazwyczaj komórkami przybłonkowatemi i wrzecionowatemi. Komórki te olbrzymie, a raczéj te twory olbrzymie dochodzą znacznych rozmiarów i przewyższają swoją wielkością znacznie komórki olbrzymie, jakie pośród utkania gruźliczego u ludzi spotykamy. Częstokroć zajmują one całe pole widzenia. Kształt ich jest jużto okrągły, jużto owalny, jużto maczugowaty. Wiele z nich wypełnionych jest doszczętnie jądrami o wejrzeniu pęcherzyków z drobnemi jąderkami, różnie co do siły się barwiącemi; inne zaś w pewnéj tylko części okazują jądra, a ułożenie tych jąder, podobnie jak w zwykłéj gruźlicy, różnie się zachowuje; grupują się one bowiem albo tylko w częściach przyściennych, lub też w jednym z odcinków tworu olbrzymiego. Część tworu olbrzymiego wolna od jąder okazuje zazwyczaj utkanie bezpostaciowe, jednostajne, szkliste; rzadziéj zaś drobnoziarniste.

Budowa prawidłowa skóry coraz bardziéj się zaciera. Utkanie włókniste znika przed utkaniem granulacyjnem. Gruczoły łojowe skórne zanikają. Pojedyncze brodawki ulegają jużto spłaszczeniu, jużto nadmierniéj się rozwijają, przerastają, przyczem pośród nich widoczne są charakterystyczne ogniska liszaja żrącego.

Warstwa przyskórkowa w tym okresie różnie się zachowuje. Zazwyczaj sieć Malpighiego silnie rozwinięta i w postaci czopków rozgałęziających się i łączących ze sobą wsuwa się popod utkanie skóry tak, iż na niektórych preparatach widoczne jest istne rusztowanie z takowych, pośród którego znajdują się ogniska powyższe tkanki granulacyjnéj, silnie unaczynionéj. Ten znaczny przerost miejscami przyskórka w głąb ognisk liszaja żrącego polega głównie na wybujaniu warstwy kolczastéj *(stratum spinosum)*. Pokładu ziarninowego przyskórka (*stratum granulosum*) miejscami zdaje się brakować, podczas gdy na innych preparatach jest on widoczny i okazuje silniejszy rozwój. W miejscu pokładu przeźroczystego (*stratum lucidum)* zazwyczaj można napotkać masę skrzepłą, drobnoziarnistą, zawierającą ciałka morfotyczne krwi, która w niektórych miejscach tak jest nagromadzoną, iż przychodzi do oddzielenia pokładu zrogowaciałego przyskórka od sieci Malpighiego. Pokład rogowaty (*stratum corneum*) przyskórka zazwyczaj dość gruby, okazuje miejscami ciałka opisane już przez Biesiadeckiego i Pagenstechera. W innych przypadkach warstwa przyskórka jest ścieńczałą, pojedyncze warstwy pośród niéj nie okazują wyraźnego rysunku, a miejscami cały przyskórek pooddzielany od warstwy brodawkowéj. Tu i owdzie pośród utkania granulacyjnego liszaja żrącego w powierzchownych warstwach skóry można zauważyć twory okrągłe, żółtawe, koncentryczne, zrogowaciałe, przypominające w zupełności ciałka Waldeyera.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z oddziału kiłowo-skórnego kobiecego szpitala powszechnego we Lwowie.

Aristol w leczeniu chorób kiłowych i skórnych.

Podał
Dr. Ż. Krówczyński.

Niestety często sprawdzają się słowa lekarza francuskiego Doyona o lekach nowych, bardzo zalecanych, jako niezwykle w pierwszéj chwili skutecznych, że przestają one wkrótce po wprowadzeniu do terapii być skutecznemi. Mimo przekonania, że wszelkie zachwalania należy przyjmować z wielką oględnością, wyczytawszy doniesienie o wielkiéj skuteczności aristolu (połączenia jodu z tymolem) podane przez Dra Eichhoffa (w *Monatshefte f. Dermatologie* Nr. 2, t. X.) postanowiłem robić tym lekiem doświadczenia. Rozporządzając obfitym materyjałem nietrudno mi przyszło robić na raz szereg doświadczeń, z których pokrótce zdam sprawę bez przytaczania szczegółowych historyj chorób, uważając przytaczanie tychże wobec bezskuteczności aristolu za zbyteczną. A gdy moje doświadczenia zgadzają się zupełnie w ostatecznym rezultacie z doświadczeniami prof. Neissera, o których tenże sumienny badacz zdał sprawę w *Berl. klin. Wochenschrift*, Nr. 19, 1890, tem śmieléj podaję je do pu-

blicznéj wiadomości. Może po ogłoszeniu prof. Neissera mogłoby się obyć bez podania rezultatów moich doświadczeń dokonanych w oddziale kiłow. skór. kobiet, gdy jednak dotąd w naszem lekarskiem piśmiennictwie prócz Dra H. Święcickiego (o działaniu aristolu w ginekologii, *Nowiny Lek.*, Nr. 9, 1890) nikt nie ogłosił doświadczeń robionych w terapii chorób skórnych, uważałem za obowiązek stwierdzić, że w obec pozornego postępu i odkrycia nowego środka nie pozostaliśmy bezczynnymi. Zbiegiem okoliczności w tymże czasie, kiedy doniesienie o skuteczności aristolu w *Monatshefte f. Dermatologie* się pojawiło, miałem na oddziale kilka przypadków tocznia (*Lupus*) i, w co oddział zawsze obfituje, kilka przypadków późnéj kiły z objawami wrzodzącemi. Ma się rozumieć, że z pośpiechem przedewszystkiem w powyżéj przytoczonych przypadkach zastosowywałem aristol w maści 10%, jak ją Dr. Eichhoff zaleca, a kto wie, ile pracy leczenie toczniów wymaga, ten usprawiedliwi chęć robienia doświadczeń przedewszystkiem w toczniach. Niestety przekonaliśmy się bardzo wcześnie a z żalem o zupełnéj nieskuteczności tego środka tak w tych przypadkach, w których maści bez poprzedniego skrobania złogów chorobowych używano, jakoteż i w tych, w których je skrobaniem usunięto. Po tym zawodzie powróciliśmy do maści resorcynowéj lub plastru mydlanego z balsamem peruwiańskim (5%), których rezultat nawiasem mówiąc o wiele jest korzystniejszym, niż rezultat otrzymany przez zastosowanie maści aristolowéj. W przypadkach, w których używano ostréj łyżeczki, gojenie pod wpływem jodoformu ran powstałych po skrobaniu było nieporównanie szybsze, niż przy użyciu maści aristolowéj.

O wiele lepszy rezultat otrzymano w przypadkach późnéj a wrzodzącéj kiły, a jakkolwiek zdaje się wypływać z szeregu doświadczeń, że aristol nie przewyższa działania jodoformu, zasługuje użycie aristolu dlatego na pierwszeństwo przed jodoformem, że maść aristolowa, jakoteż sam proszek jest zupełnie bezwonny.

Aristolem leczono cztery przypadki łuszczycy (*Psoriasis*) i we wszystkich okazał się on bez porównania mniéj skuteczny, niż n. p. maść z chryzarobiną, kwasem pirogalusowym, lub nacieranie dziegciem. Zupełnie ujemny rezultat otrzymano w leczeniu wrzodów tak zwanych miękkich, już to maścią aristolową 10%, już proszkiem czystym bez wszelkich domieszek.

W dwóch przypadkach leczyłem pierwotne objawy kiły w okresie owrzodzenia i w obu przypadkach gojenie o wiele powolniéj postępowało, niż n. p. przy użyciu kalomelu w proszku, pod którego wpływem, jak wiadomo, te owrzodzenia szybciéj się goją, niż pod wpływem wszystkich dotąd zalecanych środków, a którego bezwonność i łatwy sposób zastosowania zapewne wpłynie na częste zastosowanie. W jednym przypadku naciek stwardniały zdawał się w miarę gojenia potęgować i stał się tak bardzo rozległym i nad otoczenie wyniosłym, jakto nigdy nie zdarza się przy użyciu przetworów rtęciowych. W leczeniu dymienic otwartych, a powstałych po wrzodach miękkich, okazał się aristol o wiele mniéj skuteczny, niż jodoform.

Zawiedziony w nadziejach, bo i w przypadkach wyprysku (*Eczema*) połączonych z owrzodzeniami skóry na goleniach okazała się maść aristolowa, bardzo zachwalana przez Eichhoffa, bezskuteczną, używałem maści aristolowéj w zapaleniach przyjądrzy, w przebiegu trypra występujących, jakoteż w ropniach okołocewkowych i wreszcie w powstających dymienicach, towarzyszących już to owrzodzeniom miękkim, już to zwykłym owrzodzeniom, n. p. towarzyszącym zapaleniu napletka i żołędzi, a rezultat nie był bynajmniéj korzystniejszy, niż w leczeniu tych chorób innemi przetworami rtęciowemi lub jodowemi. Chorym dogadzała maść aristolowa tylko z tego powodu, że była zupełnie bezwonna i że mniéj drażniła skórę, aniżeli n. p. nalewka jodowa lub maść szara.

W *Journal des Maladies Cutanées et Syphilitiques* Nr. 6 r. 1890 ogłasza Dr. Gaudin z Paryża, że był zadowolony z rezultatów leczenia aristolem w owrzodzeniach żylakowych goleni, w szankrze miękkim, w luszczycy, w wrzodach kiły pierwotnych i późnych, natomiast, że zawodu doznał w leczeniu tocznia. Potwierdza on więc prawie w zupełności doświadczenia Eichhoffa, z wyjątkiem korzystnego działania w toczniach. Doświadczenia moje niestety nie potwierdzają podania powyższego, również jak doświadczenia prof. Neissera, a co do działania korzystnego w nabłoniaku *(Epithelioma)*, o czem Gaudin wspomina, jako o doświadczeniu dokonanem w jednym przypadku przez Dra Brokę, nie umiem nic powiedzieć. Leczyłem nakoniec aristolem za przykładem Schustera (*Monatshefte f. Dermat.*, Nr. 6, t. X) przypadki owrzodzenia przegrody nosowéj i nacieków kilakowych na przegrodzie i w tych przypadkach aristol rzeczywiście okazał się równie skuteczny, jak inne przetwory jodowe, a w praktyce prywatnéj dla swéj bezwonności wygodniejszy. Miałem zamiar podawać aristol wewnętrznie i w tym celu uprosiłem prof. weterynaryi Dra Szpilmana o wypróbowanie tego środka na zwierzętach. Nawiasem wspomnę, że psy aristol do 2 gr. dziennie dobrze znosiły i to powinno było zachęcić mnie do podawania wewnętrznego aristolu. Zaniechałem jednak doświadczeń raz dlatego, że aristol zewnętrznie podawany zawiódł moje oczekiwania, a powtóre dla jego stosunkowo wysokiéj ceny.

Reasumując to, co dotąd powiedziano, wypowiadam przekonanie, że najskuteczniejszym jest aristol jako połączenie jodu w przypadkach owrzodzeń późnéj kiły, ale że i w tych przypadkach nie przewyższa działaniem innych połączeń jodu, szczególnie jodoformu. Zważywszy zaś dość wygórowaną cenę aristolu, należy temu przetworowi nieprzepowiadać długiego żywota w leczeniu chorób skórnych i kiłowych, ale spodziewać się, że powiększy on szereg środków lekarskich bardzo wychwalanych, a prędko zapomnianych.

IV. Przyczynek sądowo-lekarski do kwestyi nerwic urazowych.

Podał

prof. Dr. Blumenstok.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 23).

Co do 4-téj: Według doświadczenia neuropatologów w nerwicach urazowych ogólnych należy rokować niepomyślnie, o ile pomimo pozornéj lekkości przypadów, pomimo stosownego zachowania i leczenia się choroba postępuje zwolna naprzód i nieznane są przypadki całkowitego wyleczenia (Strümpell l. c. str. 17). Tak samo podaje Vibert (l. c. str. 49), że z chorych, których on obserwował, jeden umarł po wielu latach z następstw obrażenia, drugi popadł w obłąkanie i umarł jako samobójca, dwóch innych we 2 lata po przypadku stało się całkiem niezdolnymi do pracy zawodowéj; co do reszty niema wiadomości; jeden tylko chory po upływie 3 lat przedstawiał niejakie polepszenie, ale był to człowiek, który zrazu nie poniósł był znaczniejszego szwanku i nie był wolny od podejrzenia, że cierpienie swoje przesadza; również Erichson, jakkolwiek rokuje źle, przytacza

kilka przypadków niezupełnego wyleczenia, ale przypadki te tyczyły się osób, u których nie było objawów mózgowych, lecz tylko rdzeniowe. Najgorszem jest rokowanie w tych przypadkach, w których szybko występują objawy mózgowe wybitne. Ponieważ atoli i klinicyści nie mają w téj mierze dostatecznego doświadczenia, a tem mniéj mieć je mogą lekarze sądowi, ponieważ następnie rokowanie ogólnikowe w praktyce sądowéj żadnego niema znaczenia, bo się rozchodzi wyłącznie o ocenienie przypadku danego, a ocenienie to tylko na podstawie dłuższéj obserwacyi staje się możebnem, więc rzeczą jest znawcy w każdym razie rokować ostrożnie, a stanowczo tylko wtedy, jeżeli miał możność obserwowania badanego przez dłuższy czas, a głównie w dłuższych odstępach.

Co do 5-téj: Jeżeli lekarz sądowy zdołał usunąć wątpliwości dotąd wyliczone, wtedy rozpoczyna się dopiero dlań trudność największa, a tą jest sprawdzenie, czy zachodzi ścisły związek przyczynowy pomiędzy zdarzeniem, które według twierdzenia osoby badanéj miało wywołać chorobę, a chorobą przez badanie sprawdzoną. W wątpliwościach bowiem poprzednio omówionych lekarz sądowy posilkować się może radą i doświadczeniem specyjalistów, których pomocy albo sam żądać może za pośrednictwem sądu, albo sam chory zasięgnąć ją może prywatnie lub sądownie, albo wreszcie chory przedkłada świadectwo tych lekarzy, u których w ciągu dłuższéj zazwyczaj choroby swéj się leczył. Pod względem sprawdzania związku przyczynowego atoli znawca polegać musi na własnem przekonaniu, bo inne jest zadanie jego, a inne zadanie lekarza praktykującego. Ostatni niema ani powodu ani potrzeby niedowierzania choremu, twierdzącemu, że był poprzednio zdrowym, a niedomaga dopiero od chwili doznanego przypadku i ma prawo przypuścić nerwicę urazową, jeżeli objawy chorobowe według jego przekonania odpowiadają obrazowi téj choroby. Lekarz sądowy natomiast, który chorego przedtem albo wcale nie znał, albo przynajmniéj go nie badał, a więc nie znał jego stanu zdrowia, i ma wydać orzeczenie dla stron obydwóch bardzo ważne, bo dla jednéj w każdym razie dotkliwe, ponieważ to orzeczenie staje się podstawą wyroku sądowego, musi być bardziéj niedowierzającym, bo mając przed sobą stronę spór wiodącą, nie może bezwzględnie polegać na jéj zeznaniu Przypuśćmy, że wyrobił sobie nareszcie przekonanie, iż badany jest rzeczywiście chory, że rozpoznał nerwicę, to pytanie jeszcze, czy to nerwica urazowa; a jeżeli nawet wszystko za tem przemawia, że to nerwica urazowa, to znów nasuwa się wątpliwość, czy choroba powstała skutkiem przypadku, który za przyczynę choroby swéj poczytuje chory, lub też czy tenże nie doznał był już dawniéj urazu i czy od tego urazu dawniejszego nie datuje się choroba? Wątpliwość ta tem bardziéj jest uzasadnioną, o ile dotąd właściwie kwestyja nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnioną, jaki uraz może być podstawą i przyczyną nerwicy? Wiadomo, że pierwsi autorowie przypuszczali, że tylko uraz kręgosłupa i rdzenia wywołuje chorobę, późniéj zgodzono się na to, że nierównie częściéj uraz jakikolwiek głowy lub nawet uraz innéj części ciała połączony ze silniejszem wstrząśnieniem jest źródłem cierpienia, a wreszcie przyjęło się zdanie, że nietylko uraz mechaniczny, ale i psychiczny wystarcza; ale w każdym razie twierdzono całkiem loicznie, że bez urazu niema nerwicy urazowéj, ogólnéj lub miejscowéj, mniejsza o to, czy uraz ten pozostawił na razie ślady mniéj lub więcéj znaczne lub czy wywołał szybko objawy chorobowe. Z tego wynika, że w każdym przypadku domniemanéj nerwicy urazowéj szukać musi lekarz sądowy przyczyny koniecznéj, to jest urazu. W sprawdzaniu zaś urazu lekarz sądowy polegać musi zazwyczaj, ponieważ badanie jego późno się odbywa, na zeznaniach świadków lub podaniu badanego samego, co najwięcéj oprzeć się może wyjątkowo na badaniu więcéj osób, przy téj saméj sposobności uszkodzonych i tym sposobem domyślać się, czy i osoba, o którą się rozchodzi, mogła doznać urazu takiego, jaki opisuje: jestto jednak koło błędne i w braku badania przedmiotowego znawca co najwięcéj przyznać może, że nic nie przemawia przeciw wiarogodności podania osoby badanéj, ale z pewnością i stanowczo twierdzić nie może, że obrażenie i jakie nastąpiło.

Nierównie trudniejszą jest sprawa, jeżeli badany jest tak szczerym lub naiwnym, że zajście przedstawia w taki sposób, iż przypuścić należy, że właściwie żadnego nie doznał urazu, ani mechanicznego, ani psychicznego, a mimo to istnienie nerwicy u niego przypuścić wypada na podstawie badania specyjalistów i sądowo-lekarskiego, zwłaszcza, jeżeli zbiór objawów odpowiada obrazowi nerwicy urazowéj, jak to właśnie miało miejsce w przypadku poniżéj opisać się mającym. W takich razach radzą sobie niektórzy, przypuszczając silny wstrząs bez widocznych śladów zewnętrznych; Vibert (l. c. str. 34) nadto sądzi, że w niektórych katastrofach kolejowych głowa doznaje szczególnego rodzaju wstrząśnienia: *„Quand le corps est projeté en avant, la tête, en raison de la „position et de la mobilité, est lancée plus violemment que „le tronc qu'elle tend en quelque sort à quitter; d'abord portée „fortement en avant, elle est arrêtée par le reste du corps „dont l'impulsion est moins vive, et il est possible qu'il se pro- „duise par suite de ce double mouvement un ébranlement plus „violent sur l'encéphale que sur tout autre organe;“* w ten sposób tłomaczy przypadek, tyczący się kawalerzysty, którego koń w szybkim biegu nagle się zatrzymał; jeździec potrafił utrzymać się w siodle, lecz głowa i kadłub jego gwałtownie przechylone zostały naprzód; straciwszy natychmiast przytomność zesunął się z konia, lecz pochwycony przez otaczających tak, że głowa jego wcale z ziemią się nie zetknęła i nie okazywała żadnego śladu obrażenia; nieprzytomność utrzymywała się przez miesiąc, poczem nastąpiło wyzdrowienie na pozór zupełne tak, że jako oficer mógł odbyć kampaniję; powoli atoli zaczęły występować objawy mózgowe, tak, że w kilkanaście miesięcy po przypadku musiał wziąść dymisyję, a wśród ciągle pogorszającego się stanu nastąpiła śmierć po upływie 16 lat od owego przypadku.

Przypuściwszy, że tłomaczenie przytoczone Viberta jest uzasadnione i że w przypadku jego związek przyczynowy niewątpliwie był sprawdzony, to zdarzają się atoli przypadki, w których i o takim pośrednim urazie mowy nie było, a mimo to badany może twierdzić stanowczo, że tylko wskutek przypadku kolejowego zaniemógł. W takich razach nie pozostaje znawcy sądowemu nic innego, jak przedstawiwszy rzecz całą otwarcie, przyznać się do niemożności stwierdzenia związku przyczynowego, jakkolwiek i wykluczyć go stanowczo także nie ma prawa. Brak stanowczości nie czyni lekarzowi sądowemu w podobnych przypadkach żadnéj ujmy z uwagi na to, że nauka o nerwicach urazowych jest jeszcze młodą i niewykończoną i że jeżeli w innych cierpieniach urazowych wątpliwości są nieodłączne od późnego badania, to w chorobie, o któréj mowa, nawet i wczesne badanie rzadko kiedy byłoby w stanie wszystko wyjaśnić. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Dr. A. Samschin (Petersburg): **O istnieniu stafilokoków ropnych w przewodzie rodnym zdrowych kobiet.**

Rozwiązanie pytania, czy w przewodzie rodnym zdrowych kobiet znajdują się bakteryje ropne, jest nadzwyczaj ważne w kwestyi autoinfekcyi po porodach. Pytanie to do dziś dnia dostatecznie rozstrzygniętem nie zostało, a każda praca w tym kierunku podjęta winna być ogłoszoną. Winter znalazł w częściach rodnych kobiecych *staphylococcus aureus, albus* i *citreus*, ale szczepienia tych drobnoustrojów wydały mu w jego doświadczeniach wyniki ujemne; twierdzi więc, że koki te w trakcie rodnym tracą swą siłę trującą. Winter oznacza także fizyjologiczną granicę, która dzieli trakt rodny kobiety na przestrzeń górną wolną od mikroorganizmów i dolną takowe zawierającą. Samschin używał do doświadczeń swych kobiet, które poprzednio stanowczo nie były wewnętrznie badane lub przepłukiwane. Treść do badania była braną zawsze z pochwy, a mianowicie z górnej $^1/_3$ jej części. Badał tylko 10 niewiast, a małą tę ilość tłomaczy brakiem materyjału odpowiedniego, t. j. niebadanego poprzednio. Ani w jednym przypadku nie znalazł stafilokoków. Znalezione mikrokoki różniły się już swojem zachowaniem się przy tworzeniu hodowli tak znacznie od bakteryj ropnych, że nawet szczepienie niemi zwierząt było zupełnie zbytecznem. (*Deut. med. Woch.* 1890, Nr. 16). *Dr. Mendelsburg.*

Patologija.

A. Pick (Wiedeń): **O sercu ruchomem (cor mobile).**

Na podstawie badań, przedsięwziętych w klinice Nothnagla, dochodzi P. do następujących wniosków: 1) nieznaczna ruchomość serca jest zjawiskiem częstszem, znaczniejsza ruchomość serca względnie rzadkiem zjawiskiem; 2) nieprawidłowo ruchome serce znajduje się zarówno u ludzi zresztą zdrowych, silnych, jako prawdopodobnie wrodzona nieprawidłowość, jakoteż przy równoczesnem istnieniu wad sercowych i chorób innych narządów bez widocznego genetycznego związku między temi chorobowemi sprawami i wystąpieniem nieprawidłowej ruchomości serca; 3) nieprawidłowa ruchomość serca może powstać przez wychudnienie, wywołane, czy to przez chorobę, czy też przez leczenie odtłuszczające (Rumpf); 4) rozpoznanie nieprawidłowo ruchomego serca staje się pewnem przez przemieszczenie uderzenia koniuszkowego, jakoteż przez zmianę granic wypukowych przy zmianie położenia; 5) co do klinicznych objawów nieprawidłowej ruchomości serca, to stan ten nie sprowadza czasem żadnych dolegliwości, w największej liczbie przypadków jednak łączy się nieprawidłowa ruchomość serca z biciem serca od czasu do czasu występującem, uczuciem osłabienia i zawrotem podczas biegania i nasilonych ruchów, jakoteż z niemożnością leżenia na lewym, rzadziej na prawym boku i występującem przytem uczuciem ściskania. (*W. kl. W.*, 1889, Nr. 40). *Dr. Baschkopf.*

Farmakologija.

Wertheimer: **Przyczynek do leczenia swędzenia skórnego ogólnego.**

W. w 3 ch przypadkach świądu skórnego polecił salicylan sodowy (6 łyżek 3% roczynu dziennie) i w kilku dniach wystąpiło zupełne wyzdrowienie. Jako przyczynę swędzenia uważa Wertheimer nagromadzenie się we krwi i sokach pewnych istot chemicznych drażniących i ztąd najczęściej swędzenie towarzyszy: cukrówce moczowej, żółtaczce, przewlekłemu zapaleniu nerek. (*Münch. med. Wochenschr.*, XXX., 44, 1889). *Dr. Süsskind.*

Choroby weneryczne.

Pringle: **O adenoma sebaceum wrodzonem.**

Autor opisuje obserwowany przez siebie przypadek rzadkiego cierpienia skórnego u 25 letniej pacyjentki, która z powodu zaburzeń w trawieniu szukała u niego porady lekarskiej. Sprawa chorobowa usadowiona na skórze twarzy, zajmowała z pewną symetryją powieki górne, grzbiet, boki i skrzydła nosowe, oba policzki na dość znacznej przestrzeni, wargę dolną i brodę, a na wardze górnej *philtrum.* Część głowy pokryta włosami, kark i uszy były wolne od zmian chorobowych. Wyrzut ten przedstawiał się w postaci białych lub żółtawych, do sago podobnych wyrośli brodawkowatych, dochodził od wielkości główki szpilki do wielkości małego grochu, był płyciej lub głębiej w skórze usadowiony. Pojedyncze brodaweczki, jakkolwiek gęsto obok siebie usadowione, były ostro od siebie odgraniczone i nie zlewały się razem; przy nakłóciu szpilką można było z nich wycisnąć białą masę. W ścisłym stosunku z niemi uważał A. drobniutkie naczyniaki żylne, które z brodaweczek przechodziły na części skóry nie zajęte sprawą chorobową, a wreszcie na czole, policzkach, brodzie i nosie rozległe, z przekrwienia pochodzące zaczerwienienie skóry. Zaczerwienienie to miało się zmieniać stosownie do stanu narządów trawienia. Cierpienie to sprawiało chorej, według jej własnego zeznania, bóle w zimowej porze.

Badanie mikroskopowe wyciętych chorych kawałków skóry wykazało niezwykłe powiększenie liczby, rozgałęzień i znaczny rozrost gruczołów łojowych.

Wyskrobanie tych tworów ostrą łyżeczką nie udało się, z powodu głębokiego ich usadowienia w skórze, a powierzchowne skaryfikacyje nie nadawały się z powodu znacznego broczenia.

Cierpienie to uważa P. jako sprawę nowotworową wychodzącą z gruczołów łojowych, a dołączając do przypadku przez siebie obserwowanego historyję choroby pięciu podobnych przypadków obserwowanych w szpitalu św. Ludwika w Paryżu dochodzi do następujących wniosków:

1) We wszystkich znanych przypadkach tego cierpienia istotnem znamieniem jest przerost gruczołów łojowych.

2) Ulubionem miejscem jest twarz, a mianowicie te jej części, na których w normalnym stanie gruczoły łojowe najliczniej się znachodzą.

3) Cierpienie jest zawsze wrodzonem, lub we wczesnym wieku nabytem.

4) W czasie dojrzewania płciowego często się pogarsza, lub wówczas chorzy najwięcej uwagi na nie zwracają.

5) Często zachodzi komplikacyja tego cierpienia z cierpieniami gruczołów łojowych innego rodzaju, tak częstemi w tym okresie życia, co jednakże nie jest stałem i koniecznem.

6) Zawsze istnieje równocześnie przerost lub rozszerzenie naczyń w rozmaitym stopniu i podczas gdy w niektórych razach nie zwraca na siebie uwagi, innym razem wydaje się jako główna właściwość cierpienia.

7) Rozszerzenie naczyń występuje oprócz miejsc zajętych sprawą chorobową często i na innych miejscach.

8) Inne zwyrodnienia skóry (brodawki, tłuszczaki, naczyniaki, złogi barwikowe i t. d.) tworzą częste powikłanie, a kombinacyje ich z właściwem cierpieniem są tak częste, że nie można zaprzeczyć możliwości wspólnej przyczyny takowych.

9) Osoby obarczone tą chorobą skórną zwykle nie dochodzą przeciętnej średniej inteligencyi i należą zwykle do klas niższych.

10) Prawdopodobnie kobiety częściej, niż mężczyźni podlegają temu cierpieniu.

11) Cierpienie jest łagodne i tylko w przypadkach powikłanych wywołuje objawy podmiotowe.

12) Ma dążność do pogarszania się w okresie dojrzewania płciowego, później zaś stoi w mierze; czasem ustępuje powoli pozostawiając płytkie i cienkie blizny, które ostatecznie wygładzają się.

13) Może być usunięte zabiegiem operacyjnym, jednak nawroty w miejscu pierwotnie zajętem zdarzają się. (*Monatsh. f. pract. Dermat.* Bd. X., Nr. 5).

Choroby nerwowe.

Preyer: *Incontinentia urinae* **z powodu** *epilepsia mitis* **wywołanej przez masturbacyję.**

U dziesięcioletniego, przedtem zdrowego i dobrze rozwiniętego chłopca występowało od 4 roku życia czasem wypadanie kiszki stolcowej, które po roku trwania ustąpiło. Od tego czasu zauważono powoli, ale stale zwiększające się mimowolne oddawanie moczu podczas dnia, rzadziej zaś w nocy, chłopiec nie rozwijał się należycie, unikał towarzystwa, skarżył się na znużenie, tępe bóle w głowie, zaparcie stolca i pieczenie w cewce przy urynowaniu. Badanie bliższe wykazuje

słaby rozwój części rodnych, stulejkę, do masturbacyi nie przyznaje się chłopiec, ale podaje, że nie czuje potrzeby oddawania moczu i wcale nie wie, kiedy ten odchodzi, a rodzice podają, że często, gdy idzie ulicą lub robi nagły ruch, n. p. podnosi łyżkę do ust, zatrzymuje się przez małą chwilę, i ma oczy w słup postawione. Z powodu pieczenia w cewce przy urynowaniu badano mocz. Wynik badania był ujemnym. Sondowanie stwierdziło przeczulicę cewki.

Kilkakrotne sondowanie cewki zmniejszyło częstość napadów epileptycznych, usunęło bóle głowy i poprawiło właściwe cierpienie, a chłopiec przyznał się teraz do codziennie powtarzanéj masturbacyi. Operacyja stulejki, codzienne sondowanie i przestrzykiwanie cewki słabym rozczynem *arg. nitr.* za pomocą przyrządu Ultzmanna sprowadziły zupełne wyleczenie. (*Intern. klin. Rundschau* 1889, Nr. 24).

Dr. Kurasiewicz.

Prof. Rumpf: **Przyczynek do symptomatologii nerwic urazowych.**

R. opisuje kilka objawów nerwic urazowych, które ponieważ przedmiotowo wykazać się dają, mają wielką doniosłość rozpoznawczą:

1) Drgania włókienkowe w mięśniu czterogłowym uda *(m. quadriceps)*, które występują po ruchach lub oziębieniu odpowiedniéj odnogi. Najłatwiéj można wywołać te drgania za pomocą działania silnego prądu indukcyjnego na ten mięsień. Bezpośrednio po działaniu tegoż prądu można widzieć drgania pojedynczych wiązek mięśniowych, a drgania te przypominają poruszanie się łanów zboża pod wpływem wiatru. Drgania te w innych mięśniach tylko wyjątkowo obserwować można.

2) Przyspieszenie tętna, gdy uciskamy miejsca bolesne. Przyspieszenie zwykle wynosi 30 do 40 uderzeń na minutę. Przytem tętno staje się mniejsze, a czasem także nieregularne.

3) Zmniejszenie pobudliwości galwanicznéj nerwów, szczególnie nerwu łokciowego (*n. ulnaris*) i *n. peroneus*. Podczas gdy u zdrowych przy działaniu zamknięciem katody (K. S.) o sile 6—8 M. A. powstaje skurcz tężcowy mięśnia, to w nerwicach urazowych nie powstaje on nawet przy sile prądu 20 M. A. Pobudliwość faradyczna jest niezmieniona.

4) Zaburzenia w czuciu tylko wtedy mają znaczenie rozpoznawcze, gdy istnieją obok tych objawów przedmiotowych i gdy wielokrotnie badane zawsze w ten sam sposób się zachowują. (*Deutsche med. Woch.* XVI. 9. 1890).

Dr. Süsskind.

Medycyna sądowa.

Prof. Dr. Rubner: **Odczynnik na krew zawierającą niedokwas węgla.**

Autor radzi zaprawiać próbki krwi w epruwetkach nie bardzo wąskich 4—5-krotną objętością octanu ołowiowego, a następnie mocno mięszać przez niejaki czas (1 min.), poczem widać różnicę w próbkach krwi. Krew zawierająca niedokwas węgla zabarwia się pięknie czerwono, gdy tymczasem krew zwyczajna pozostaje brunatną. Po niejakim czasie różnica staje się wyraźniejszą, aż krew zwyczajna przyjmie zabarwienie czekoladowe i szarawo-brunatne. Zabarwienie to długo się utrzymuje. Nawet po 3 ch tygodniach były różnice w zabarwieniu, kiedy rurki nie były zatkane, bardzo wyraźne; ponieważ tworzą się osady, przelewa się późniéj płyny w świeże rurki.

Nawet mięszając krew zwyczajną z krwią zawierającą niedokwas węgla, można przy niejakiéj wprawie rozpoznać nawet słabe przymieszki niedokwasu węgla we krwi zawarte; różnicę zabarwienia można stwierdzić jeszcze przy 1 części krwi z niedokwasem węgla na 8—9 części krwi zwyczajnéj. Naturalnie słabe te różnice nie mają przy dochodzeniu sądowem znaczenia.

Inne odczynniki: jak Salkowskiego z kwasem siarkowodowym, daléj próbę Welzla z żelasinkiem potasu i kwasem octowym uważa R. za najtrwalsze (z kwasem garbnikowym nie odbywał prób). Również i jego próba okazała się przydatną. Próby z żelasinkiem potasu i kwasem octowym Welzla, podobnie jak i próba z octanem ołowiowym dawały w rurkach niezatkanych różnicę w zabarwieniu nawet po tygodniach, podczas gdy próba z kwasem siarkowodowym, chociaż daje tak ładną różnicę w zabarwieniu, wśród tych samych warunków wkrótce staje się niewyraźną. (*Archiv für Hygiene*, Bd. X., Heft 3).

Dr. Buszek.

VI. Zakopane jako miejsce klimatyczne.

Napisał

Dr. Stanisław Ponikło.

Docent U. J. i c. k. lekarz powiatowy.

(Dok. Patrz Nr. 23).

e) Choroby narządu trawienia.

Z działu chorób narządu trawienia tylko te zboczenia, które są czysto czynnościowe i polegają na błędnéj lub upośledzonéj innerwacyi, dostarczyć mogą wskazań do leczenia alpejsko-klimatycznego; jeżeli są tylko jednym z objawów ogólnego zwątlenia ustroju, miernego stopnia niedokrewności lub zaburzeń ogólnego odżywienia, leczenie ich schodzić się tu będzie z leczeniem podstawy chorobowéj. Wspomnę tu o niestrawności nerwowéj (*dyspepsia n.*, *neurasthenia gastrica*) i o otrętwieniu jelit (*atonia intestinorum*), nareszcie o bólu nerwowym żołądka np. na tle hysteryi (*gastralgia n.*). Sposób działania leczniczego czynników klimatu alpejskiego będzie tu ten sam, jak opisałem powyżéj mówiąc o neurastenii.

Wszelkie stany nieżytowe żołądka i jelit, wrzód okrągły żołądka, rozstrzeń żołądkowa znaczniejsza, zmiany organiczne wątroby, jelit, otrzewnéj stanowią przeciwwskazanie w zastosowaniu klimatu w Zakopanem.

f) Choroby układu nerwowego.

Z chorób układu nerwowego już obszerniéj wspomniane było powyżéj o rozlicznych formach neurastenii. Nadają się daléj do leczenia alpejsko-klimatycznego: wstępny okres uwiądu rdzenia pacierzowego (*tabes dorsalis*), równoczesne postępowanie wodolecznicze, porażenie rdzenio-pacierzowe u dzieci i dorosłych (*poliomyelitis anterior subacuta*) po usunięciu uprzedniem wszelkich objawów porażnych lub ostrych, porażenie rdzenio-pacierzowe wstępujące (*paralysis spin. ascendens*) w okresie rekonwalescencyi, porażenia po-błonicowe, nerwobóle na tle zimniczem występujące, niektóre formy hysteryi, atoli bez objawów zadrażnienia i podniecenia, jak drgawki i przeczulica wysokiego stopnia, zadrażnienie pacierzowe właściwe (*irritatio spinalis*) polegające wyłącznie na zmianach czynnościowych, z wykluczeniem wszelkich podejrzanych o zmiany organiczne przypadków, podciąganych sofistycznie pod tę wygodną nazwę celem ukrycia niepewnego rozpoznania, nareszcie niektóre przypadki stenokardii u ludzi zresztą zdrowych i odpornych. Oto wskazania, jakie się nasuwają. Czynnikiem leczniczym będzie tutaj nie co innego, jak systematyczne tonizujące działanie klimatu.

Wszelkie choroby organiczne z objawami podniecenia czy sfery czuciowéj, czy ruchowéj, czy naczynio - ruchowej, padaczka, pląsawica itd. stanowią wyraźne przeciwwskazanie.

g) Choroby zakaźne.

„Czyste“ powietrze jest poniekąd dzielnym środkiem odrażającym i przeciwgnilnym. Nie może tu oczywiście być mowy o leczeniu swoistem chorób zakaźnych, n. p. chronicznych, za pomocą czynników klimatu alpejskiego, jednak gdy nam obecnie wiadomo, że powikłania i cierpienia następowe różnych chorób zakaźnych zawdzięczają swój początek przeniesieniu drobnoustrojów chorobie pierwotnéj właściwych do różnych narządów (jak to doświadczalnie n. p. dla ostrego zapalenia śródsierdzia stanowczo wykazano), więc są również natury pasorzytniczéj, racyjonalnem się być wydaje, że pobyt w atmosferze aseptycznéj, czystéj, drobnoustrojom opornéj, winien być korzystnym w okresie ozdrowienia po chorobach zakaźnych, mianowicie wtedy, gdy już choroba właściwa zakaźna i zmiany miejscowe w zupełności ustąpiły. Temu przypuszczeniu doświadczenie przyklaskuje: rekonwalescentom po durze brzusznym, osutkowym, po błonicy, po płonicy, okazującym potrzebny stopień od-

porności klimat alpejski wybornie służy, tonizującem swem działaniem zażegnywa ostatnie resztki produktów wrogiéj gospodarki drobnoustrojów chorobotwórczych i hartuje tkaniny zwątlone inwazyją tychże.

Zbyteczna dodawać, że ozdrowieńców takich można powierzyć energicznemu klimatowi dopiero wtedy, gdy 1) są ozdrowieńcami w całéj pełni, 2) gdy żadne miejscowe lub ogólne zboczenie nie stanowi przeciwwskazania w téj mierze, 3) gdy już wykluczoną jest wszelka ugruntowana obawa nawet późnych powikłań.

Z własnego doświadczenia znane mi są przypadki ozdrowieńców po durze brzusznym, którzy po kilkotygodniowym pobycie w Zakopanem odzyskali świetny stan odżywienia i wybadalne jeszcze ślady powikłań duru w zupełności postradali, czegoby prawdopodobnie po pobycie gdziekolwiekbądź „w świeżem powietrzu“ tak rychło się nie doczekali byli. Ostrzedz tu należy przedewszystkiem przed zawczesnem wyprawianiem dzieci po odrze nawet starszych do Zakopanego, gdy błona śluzowa oskrzeli jeszcze do zupełnéj normy nie powróciła, chociażby już wcale nie kaszlały; można to uczynić z korzyścią, lecz dopiero po upływie kilku tygodni, licząc od ustąpienia choroby.

Z przewlekłych zakażeń przedewszystkiem zimnica, która w Zakopanem i okolicy nie panuje, w okresie chronicznym, bez napadów, objawiająca się wyłącznie obrzękiem śledziony i niedokrewnością, znajdzie w klimacie alpejskim cenny środek, dopomagający właściwemu leczeniu; również przypadki późne zakażenia kiłowego, objawiające się wyłącznie niedokrewnością i upośledzonem miernie odżywieniem po zupełnem ustąpieniu umiejscowień mogą skorzystać z tego klimatu.

h) Ogólne zboczenia odżywienia.

Blednica (*chlorosis*) w postaci rozwiniętéj, ciężkiéj, o głębszych zmianach krwi bezsprzecznie działaniem klimatu alpejskiego wyleczoną być nie może, gdy swoiste leczenie bezpośrednio skład krwi poprawiające jest koniecznem; przypadki takie do Zakopanego bezwarunkowo się nie nadają, należą one do zdrojów żelezistych.

Lecz przypadki blednicy lekkiéj, jaka w wieku pokwitania zwykle się jawi, lub przypadki dopiero poczynającéj blednicy u osób pochodzących n. p. z rodzin, w których blednica jest dziedziczną, mogą odnieść korzyści z pobytu w klimacie alpejskim. Czystość powietrza, zmienione warunki, wpływ psychiczny przyrody górskiéj będą tu czynnikami zbawiennemi; zbyteczna dodawać, że osoby z blednicą winny tu spokojne prowadzić życie, unikać dalszych wytężających przechadzek itd. Przypadki „blednicy“ pozornéj z utajonemi dotąd zmianami gruźliczemi oczywiście właściwego ocenienia wymagają.

Niedokrewność lżejszego stopnia po chorobach ostrych czy przewlekłych wszelkiego rodzaju, po krzywicy, dnie, chorobie Brighta, cukrzycy, po zupełnem ustąpieniu zmian miejscowych i ogólnych, pierwotnéj chorobie właściwych jako „niedokładna rekonwalescencyja“ pozostała w wielu przypadkach nadaje się dobrze do tonizującego leczenia klimatycznego w Zakopanem, jeżeli odporność ustroju ogólna na to zezwala. Niedokrewność zawisła od podejrzywanych zmian nowotworowych narządów wewnętrznych, n. p. raka, stanowi tu atoli zupełne przeciwwskazanie.

Zbytnia otyłość nie powikłana ze zmianami wątroby i serca natręcza tu także stosowne wskazanie (równoczesne postępowanie dyjetetyczne i wodolecznicze).

Na wszelkie inne choroby krwi i zboczenia ogólnego odżywienia klimat alpejski ani swoistego, ani symptomatycznego wpływu dodatniego mieć nie może.

XIV) Uwagi końcowe.

1) Jak w każdem miejscu leczniczem, tak i w Zakopanem, gdzie goście przenoszą się w odmienne warunki, celem wytchnienia, czy właściwego leczenia się, koniecznem jest przedewszystkiem, aby opuszczali miejsce stałego zamieszkania z tem pełnem przeświadczeniem, że nietylko poczynione zostały tamże wszelkie kroki, aby pobyt ich był ułatwiony, uprzyjemniony, wszelkie środki lecznicze przystępne, lecz także, aby nie byli narażeni na przypadkowe nabawienie siebie i swych rodzin na choroby udzielające się, zakaźne.

Jakżeby smutną ironiją leczenia było udać się do uzdrowiska, celem skrzepienia zwątlonego zdrowia, a w darze za zaufanie w potęgę leczniczą miejsca położone nabawić się jakiéj choroby zakaźnéj.

Wprawdzie choroby zakaźne w Zakopanem i okolicy, jak w odnośnym rozdziale wykazano, do wielkich rzadkości należą — jednak powitać należy energiczny reskrypt c. k. Namiestnictwa krajowego z dnia 18 marca b. r. L. 91.626, zarządzający bardzo dosadne środki ostrożności przeciw zawlekaniu i szerzeniu się chorób zakaźnych w zdrojowiskach i uzdrowiskach krajowych. Przy ścisłem wykonani u tych środków możemy obecnie w granicach skuteczności ludzkich zarządzeń ze spokojem powierzyć siebie i swe rodziny korzystnemu wpływowi klimatu, bez obawy, aby willegiatura nasza została zamąconą zawitaniem nieproszonego gościa w postaci jakiéj choroby zakaźnéj.

2) Stacyja klimatyczna obowiązaną jest dozorować budowę i urządzenie domów do wynajęcia przeznaczonych; projekt zaś ustawy budowlanéj dla gmin, przygotowywany właśnie do traktowania ustawodawczego, uwzględni z pewnością wymogi hygieniczne nowoczesne i pogodzi je z warunkami oszczędności, a stawszy się obowiązującym nie mało się przyczyni do assanacyi miejscowéj Zakopanego.

3) Pożądanemby było, aby zostały urządzone w Zakopanem, tak w miejscach otwartych, jak w lesie, chodniki szutrowane, umożebniające gościom odbywanie przechadzek w sposób wygodny; pożądanemiby były liczniejsze altany, dozwalające używać świeżego powietrza przez dłuższy czas lub schronić się na przypadek słoty; pożądanemby było, aby Zarząd stacyi klimatycznéj wyłącznie takie domy i wille przypuszczał do polecającego wykazu mieszkań, które odpowiadają możebnym do urzeczywistnienia wymogom higienicznym, daléj, aby pewna część domów była celem pobytu zimowego należycie urządzoną; aby była mleczarnia pod ścisłym dozorem stacyi pozostająca i daléj wiele i wiele rzeczy byłoby pożądanych n. p. *last not least* bardzoby było korzystnem, aby droga żelazna przynajmniéj do Nowego Targu doprowadzoną być mogła itd., itd. Na to odpowiedzieć muszę starem miejscowem przysłowiem: „Nie odrazu Kraków zbudowano“. Pragnęlibyśmy zapewne, aby Zakopane już teraz dorównywało urządzeniem takim miejscom, jak Interlaken, Meran, Davos, a i Szmeks, sąsiad z przeciwnéj strony Tatr, które już od kilku dziesiątków lat jako „miejsca klimatyczne“ kwitną; lecz kto widział Zakopane przed 10-ciu laty i ponownie je dzisiaj odwiedzi, nie znajdzie się w niem i rad nie rad przyzna, że znakomite zrobiło postępy. Stacyja klimatyczna w Zakopanem jest młodziuchną instytucyją dopiero od 3-ch lat na dobre funkcyjonującą, rozporządzającą dotąd bardzo skromnemi funduszami, lecz na każdem polu, co mogła dotąd zdziałała, jest przeświadczoną o wielu brakach, których usunięcia projekty ma w tece, a o wszelkich potrzebnych na przyszłość ulepszeniach rzetelną ma troskę.

4) Ze względów naukowych byłoby wielce pożądanem:

a) badanie systematyczne na większą skalę chorobliwości mieszkańców Zakopanego i staranne notowanie uzyskanych dat, które po szeregu lat dałyby piękny obraz wpływu klimatu na stan zdrowotny miejscowy (pole działania nader wdzięczne dla lekarskiego doradcy stacyi klimatycznéj).

b) śledzenie postaci i przebiegu gruźlicy, tudzież przebiegu wad sercowych u miejscowych mieszkańców sposobem wytrzymującym naukową krytykę (celem wykazania możebnych różnic w przebiegu);

c) Zbadanie stosunków meteorologicznych punktów Zakopanego wyżéj położonych, n. p. najbliższych, a dostępnych polan, tak w lecie jak w zimie;

d) Badanie wpływu fizyjologicznego klimatu na osoby zdrowe sposobami umiejętnemi, a przystępnemi, o ileby to możebnem było.

e) Zbadanie bakteryjologiczne powietrza w Zakopanem w różnych punktach.

W nadziei, że piękne uzdrowisko krajowe, które było przedmiotem tego pisma, dzięki ustawicznemu postępowi na-

dal wzbogacać i roztropnie wyzyskiwać będzie dary od przyrody hojnie użyczone, na uciechę, podziw i pokrzepienie zdrowym, na ulgę cierpiącym, że tajemnicze dawniéj duchy potęg leczniczych klimatu alpejskiego skutkiem dalszych badań i spostrzeżeń coraz więcéj oblekać się będą w szatę naturalnych czynników fizycznych, zakończam powyższemi skromnemi uwagami niniejszą pracę.

Przytem miło mi złożyć podziękowanie wytrawnym znawcom Zakopanego, WPP. Dr. D. Wierzbickiemu, X. A. Sutorowi i X. W. Rożkowi w Poroninie za wsparcie mnie wielu cennemi datami do Zakopanego się odnoszącemi.

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Rouvier: O przedwczesnych związkach małżeńskich i ich następstwach.

Podana przez Rouviera (Bajrut, Syryja) krótka statystyka o następstwach nie rzadkich na wschodzie przedwczesnych małżeństw mieści w sobie kilka bardzo pouczających wyników. Przedewszystkiem zestawił na 1400 kobiet 79, które wyszły za mąż przed 15-tym rokiem, a między niemi 23 zawarły związek małżeński przed wystąpieniem regularności. Ze względu na płodność stwierdził, że im wcześniejsze było zamążpójście, tem mniejsza była liczba dzieci, podczas gdy ilość poronień znacznie się zwiększała. 23 przed pojawieniem się regularności zaślubionych kobiet odbyły razem 83 ciąż (po 3 na każdą, liczba dla wschodu bardzo mała), a między temi 22 poronień (26·3%); 16 podczas dojrzałości zamężne przebyły 65 ciąż (4 na jednę), a między temi 12 poronień (18·46%), w końcu pozostałe 40 kobiet, które po wystąpieniu dojrzałości płciowéj, jednak przed 15-tym rokiem wyszły za mąż, były 168 razy ciężarne (czworo dzieci na rodzinę) z 42 poronieniami (25%). 78 niewiast okazywało stany chorobowe, a przedewszystkiem sprawy zapalne macicy i szyjki, jako też zboczenia macicy ku tyłowi. Statystyce powyższéj możnaby tylko tyle zarzucić, że odnosi się tylko do takich kobiet, które z powodu stanów chorobowych szukały pomocy lekarskiéj, ale zmniejszenie płodności, a szczególnie powiększenie się ilości poronień w zawcześnie zawartych związkach małżeńskich jest rzeczą pewną. W końcu wynika z statystyki R., że ogólnie rozpowszechnione przypuszczenie, że regularność na wschodzie występuje znacznie wcześniéj, niż u kobiet europejskich, przynajmniéj dla Syryi nie jest słusznem. (*Annal. de gynécologie* XXXI. p. 185).

Dr. Baschkopf.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 12 czerwca. Rektorem Uniw. Jag. na przyszły rok szkolny wybrany został prof. historyi powszechnéj Dr. Wincenty Zakrzewski.

* Ministerstwo Oświecenia reskryptem z d. 30 maja b. r. do l. 10504 zezwoliło na ustanowienie w klinice lekarskiéj Uniw. Jagiell. posady drugiego bezpłatnego elewa.

* **II. Zjazd chirurgów polskich.** Dalsze wykłady zgłosili:

14. Dr. Maks. Wołkowicz (z Warszawy): Demonstracyja preparatów.

15. Dr. Aleks. Rosner (z Krakowa): Eksperymentalne badania nad odrastaniem wątroby po resekcyi częściowéj.

16. Dr. Adam Sterczyński (z Dąbrowy): Przypadek włoskowca gardziela (*mykosis pharyngis leptothritica*).

17. Dr. Gross (Kraków-Iwonicz): Przypadek promienicy u człowieka z przedstawieniem choréj (?), preparatów i królików, którym zaszczepiono grzyb do przodkowéj komórki oka.

18. Tenże: Przedstawienie gorsetów ze szkła wodnego i aparatu do łatwego i wygodnego przyrządzania takowych.

19. Tenże: Nowa metoda resekcyi III-éj gałęzi nerwu troistego u podstawy czaszki, z przedstawieniem objaśniającego preparatu anatomicznego — ewentualnie wykonanie operacyi na trupie.

20. Tenże: Przypadek pierwotnego twardziela krtani.

* Członkowie krakowscy Tow. polskich przyrodników imienia Kopernika we Lwowie utworzyli osobny oddział tego Towarzystwa, a okólnikiem podpisanym przez proff. Bandrowskiego, Szajnochę i Witkowskiego zapraszają lekarzy i przyrodników miejscowych do swego grona.

* **Wiedeń.** Mianowany niedawno następcą Bambergera prof. Kahler (ur. w r. 1849) zachorował ciężko śród objawów porażennych i znajduje się od kilku tygodni w Vöslau.

Prof. Dittel temi dniami obchodził 50-letni jubileusz doktorski, czerstwy na ciele i duchu.

Śledztwo przeciw prof. Brühlowi o obrazę religii, o czem w swoim czasie wspomnieliśmy, zostało zaniechanem dla braku materyjału dowodowego.

* W Cieplicach Trenczyńskich do dnia 31 maja bawiło gości 575; w Cieplicach czeskich zaś do dnia 6 bm. gości 1448.

* **Nekrologija.** W kraju zakaspijskim w miejscowości Czarczui umarł dnia 21 maja radzca stanu Dr. Oskar Heyfelder z zapalenia płuc. Urodzony w Trewirze w r. 1826 uzyskał w r. 1850 stopień doktora w Erlandze, gdzie ojciec jego był profesorem chirurgii. Przeniósłszy się razem z ojcem do Rosyi, był zrazu lekarzem przy teatrach cesarskich, a późniéj wstąpił do służby wojskowéj. Brał udział jako chirurg we wszystkich wojnach, jak we francusko-niemieckiéj, rosyjsko-tureckiéj, kaukazkiéj, wyprawie Skobelewa do Azyi środkowéj.

Artykuły orygin mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Nowin. Lek.* Nr. 6: Drobnika: Leczenie wrodzonéj stopy szpotawéj u dzieci (c. d.); Ulatowskiego: O zatrzymaniu moczu i usunięciu takowego sposobem wyssania trójgrańcem włoskowatym; Wicherkiewicza: Przyczynek do zależności chorób ocznych od zmian chorob. w przewodzie pokarmowym. — W *Gazecie Lek.* Nr. 23: Świąteckiego: Rzadki przyp. bardzo rozległéj rozedmy podskórnéj; Warmana: Tamponada Dührsenowska przy krwotokach pologowych (dok.) — W *Medycynie* Nr. 23: Biegańskiego: Z kazuistyki chorób układu nerwowego (c. d.); Seifmana: O poczwarkach pasorzytujących w ustroju zwierzęcym.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dn. 17-go b. m. w gmachu kliniki chorób wewnętrznych w dawnéj sali wykładowéj kliniki chirurgicznéj posiedzenie zwyczajne, na którem: 1. Postawiony będzie wniosek komitetu w sprawie uroczystości sprowadzenia zwłok Mickiewicza. 2. Odbędzie się dyskusyja nad przypadkiem przedstawionym przez kol. Surzyckiego. 3. Wykład kol. Pieniążka.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KARLSBAD.

Dr. HASSEWICZ

udzielać będzie jak i lat poprzednich porady lekarskiej
przez cały sezon kuracyjny 84—3—3
Dom: KOPERNIK.

Docent Dr. A. MARS

począwszy od 15 Czerwca b. r. 81—4—4
ordynować będzie przez sezon letni
W KRYNICY.

DR. JÓZEF SZAJNA

ordynuje jak lat poprzednich
w Zakładzie zdrojowo-kąpielowym
w Rymanowie 90—3—3
Dom „pod białym orłem."

Mam zaszczyt zawiadomić szanownych Kolegów, że ordynuję przez tegoroczny sezon kąpielowy jako **lekarz zdrojowy**

w Karlsbadzie

i że mieszkam tam: Kreuzgasse zum „Lorbeerkranz".
Prosząc o łaskawe zalecanie mnie swoim pacyjentom, kreślę się z koleżeńskiem pozdrowieniem
77—12—4 *Dr. Józef Tugendhat*
emerytowany c. k. lekarz powiatowy.

Dr. KAROL DĘBICKI

ordynuje jak lat poprzednich 57—10—9
W FRANCENSBADZIE
(Kulmerstrasse. Fazan).

Iszy KONCESYJONOWANY

ZAKŁAD KROWIANKOWY

polecony przez krak. Towarzystwo lekarskie a pod dozorem władz sanitarnych

L. J. Kubickiego

Wetyrynarza miejskiego i docenta weterynaryi rozseła zawsze

ŚWIEŻĄ i PEWNĄ KROWIANKĘ

zbieraną pięć razy w tygodniu.
Cena fioli na 8—10 pustułek 1 Złr.
w większych ilościach stosowny opust.
Lwów. — Ulica Batorego 7. 71—12—4

Skład we Lwowie w aptekach pp. Mikolascha, Pipesa, Kochanowskiego i Wiewiórskiego; w Krakowie w aptece p. Redyka, Siedleckiego i Stockmara.

HAY'A

pierwszy c. k. koncesyonowany i subwencyonowany przez W. Ministerstwo

Zakład szczepienia krowianki

w Wiedniu, Alserstr. 18.
(Założony w roku 1873.)

Rozsyła przez cały rok czystą zwierzęcą lymfę w fiolkach, flakonikach (Pasta-Lymphe) i w igiełkach kościanych.

☞ **Za przyjmowanie lymfy ręczy się, tak, że w razie nieprzyjęcia tejże udziela się bezpłatnie innej.** ☜ 35—12—12

☞ Wskutek licznych zamówień ze strony p. t. urzędów i lekarzy prakt. osiągnięto tak wielki obrót, że zakład jest w możności cenę **znacznie obniżyć**. Jedna fiola dla 2-3 szczepień kosztuje **1** złr. Na żądanie mogą być mniejsze po **50** cnt. — Flakonik lymfy gęstej (Pasta-Lymphe) 1 gr. wystarczający dla 100 szczepień, **10** złr.

Kol. Karola Ludwika, Koleją państwową, Koleją Lwowsko-Czerniowiecko-Jasską i węgiersko-galicyjską do Drohobycza.

Truskawiec

ZAKŁAD ZDROJOWO-KĄPIELOWY
i
STACYJA KLIMATYCZNO-LECZNICZA
w Galicyi wschodniej.
Urząd pocztowy i telegraficzny w miejscu.

Kol. Karola Ludwika, Koleją państwową, Koleją Lwowsko-Czerniowiecko-Jasską i węgiersko-galicyjską do Drohobycza.

Zdrojowisko i uzdrowisko w uroczéj górskiéj okolicy (415 m. n. p. m.) niezwykle bogate w najrozmaitsze środki lecznicze.

Zdroje słone i słonoglauberskie w zupełności zastępujące Kissingen, Homburg, Marienbad, Kreuznach, Veynhausen, Wiesbaden itd. itd.

Najsilniejsza w Europie solanka siarkowcowa, szczawa alkalowo-ziemna, **kąpiele słono-siarkowcowe**, przewyższające wszelkie inne kąpiele słone, słone jodowo bromowe i słono siarczane w kraju i zagranicą. Kąpiele siarczane. Kąpiele borowinowo-żelaziste. Kąpiele mułowo słone i słono-siarczane. Kąpiele igliwiowe. Natryski nosowe i wziewalnie urządzone według najświeższych wzorów. Leczenie elektrycznością. Miesienie. Zętyca. Mleko. Kefir. Apteka i skład wód mineralnych. Kąpiele rzeczne, natryski itd. itd.

Zalecane przez najznakomitszych lekarzy krajowych i zagranicznych w cierpieniach skrofulicznych, gośćcowych, dnowych, syfilitycznych, w przewlekłych chorobach przewodu pokarmowego, chorobach nerek i pęcherza, w rozmaitego rodzaju chorobach kobiecych, skórnych i nerwowych.

Ordynuje lekarz zakładowy Dr. **Aureli Plech**, cesarski Radca z Jarosławia i Dr. **Dekański** z Krakowa.

Przeszło 300 pokoi wygodnie urządzonych, piecami zaopatrzonych z łóżkami żelaznemi i materacami, od 50 ct. do 3 zł. dziennie. Kaplica łacińska, cerkiew ruska, czytelnia dla pań i panów, doborowa orkiestra, piękna sala balowa, fortepjan, przyrządy do gier towarzyskich, trzy restauracyje a zakładowa na czele, cukiernia, kawiarnia, restauracyje izraelickie, sklepy, fryzyjer, cyrulik itd. Skwery ozdobne, prześliczne spacery, wycieczki w góry, zabawy towarzyskie, reuniony itd. 74—5—4

☞ W pierwszym (od 27 Maja do 1 Lipca) i ostatnim sezonie (od 15 Sierpnia do 15 Września), pomieszkania w domach zakładowych o 30% tańsze. Wszelkiego rodzaju zamówienia przyjmuje i wszelkich objaśnień udziela Zarząd zdrojowy w Truskawcu. ☜

Ubodzy uwzględniani będą tylko w ostatnim sezonie od 15 Sierpnia i w I. sezonie do 15 Czerwca.

Pora kąpielowa trwa od 27 Maja do 15 Września.

KROWIANKA

86—3—3

z Zakładu Profesora Kretowicza i Barańskiego,
zostającego pod nadzorem Komisyi sanitarnéj lwowskiéj, dostać można zawsze najświeższej w aptece A. Siedleckiego w Krakowie.

LUHACZOWICE

Dr. E. SPIELMANN
Z WIEDNIA
jest czynnnym jak w latach poprzednich jako **urzędowy lekarz zdrojowy** w Luhaczowicach na Morawie. 67—10—6

Uzdrowisko i hydropatyczny zakład

(Zuckmantel, Szląsk austr.)

Dra Ludwika Schweinburga

długoletniego pierwszego asystenta Prof. Winternitza w Wien-Kaltenleutgeben. 59—20—7

Zakład dla fizykalnych systemów leczenia: hydroterapii, kuracyja przez komocyję (szwedzka gimnastyka, lecznicza, mechano-terapia), massaże, elektryzowanie, kuracyja dyetetyczna. **Nowo wzniesione łazienki z salą gimnastyczną.** Wspaniałe wzgórza i leśne powietrze. — **Ceny niskie.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 21 Czerwca 1890. Nr. 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$3\frac{1}{2}$ „	6 „

I. Z kazuistyki chorób moczopłciowych.

Podał

Dr. M. Misiewicz w Łodzi.

II. Polipy i gruźlica narządu moczopłciowego[1]).

Wyraz „hematuryja“, dotychczas używany do oznaczenia krwotoków moczowych, objaśnia więcéj symptom, spostrzegany w różnorodnych stanach chorobowych, aniżeli istotę cierpienia lub jego siedlisko, i dopiero ściślejsze poszukiwania chemiczne i postępy w badaniach drobnowidowych moczu i jego osadu, uporządkowały rozdział cierpień, którym towarzyszą krwotoki moczowe. W istocie objawy tu są tak często do siebie podobne, niedokładnie opisane, a niestwierdzone sekcyjami z powodu wyjątkowéj autopsyi cewki moczowéj, iż często nie mamy żadnych danych dla rozróżnienia, a wyraz „hematuryja“ z konieczności pozostanie w naszem słownictwie, dopóki nie uzyskamy ściślejszéj osnowy dla każdéj z postaci chorobowych, dotąd pod tem mianem opisywanych. A możemy tu mieć do czynienia tak z nowotworami (n. p. polipami) cewki i jéj przewodów (nasiennego i krokowego), guzami pęcherza (*sarcoma medullare, carcinoma*), z żylakami pęcherza, kamicą, gruźlicą w różnych odcinkach narządu moczopłciowego, jakoteż z zatorami żył nerkowych, zapaleniem i guzami nerek, lub z błonicą narządu, wreszcie z krwotokami pochodzenia urazowego lub pasorzytniczego. Nie dość na tem, gdyż i niektóre postacie cierpień skóry, która poniekąd reguluje pracę nerek, mogą wywołać krwotoki nerkowe, a należą tu postacie powikłane z porażeniem napięcia tętnic, to jest angioneurozy typ. A. (Auspitz), n. p. płonica i *purpura variolosa*, lub idioneurozy skóry (*herpes*), zwykłe zapalenia skóry i czyraki (Rosenbach, *D. med. Wochenschr.*, Nr. 31 z r. 1884), oparzenia (Altschul, *Prager med. Woch.*, Nr. 52, 1884). Z zastoinowych zapaleń skóry spostrzegano krwotok moczowy w *Myxoedema* (West *w Centralblatt f. klin. Med.*, Nr. 42, 1885); z cierpień warstwy nablonkowéj i sieci Malpighiego w pokrzywce barwikowéj (*urticaria pigmentosa et xanthelasmoidea*), opisanéj przez Colcott-Foxa (odbitka, Londyn, 1886) i w chorobie brązowéj (Cacciola, *Gaz. med. ital.* 15, 1884 i w *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle* 3 z tegoż roku). Behrend spostrzegał krwotoki w zaniku skóry, (*Ein Fall idiopathischer angeborener Hautatrophie, Berl. kl. Woch.*, Nr. 6, 1885) lub jéj pasorzytów (*dermatomykosis*), n. p. w strupniu i liszaju wyłysiającym. Wiemy też, iż krwotoki powstawać mogą wskutek użycia pewnych leków (kantarydy, kw. karbolowy, niektóre balsamy), podczas miesiączkowania, wskutek pasorzytów pęcherza (*distomum haematobium Bilharzii*), przy zmianach składników krwi (*haemoglobinuria*), wreszcie wskutek cierpienia sąsiednich narządów, w ropnem zapaleniu stawów (Huebner i Bardt, *Berl. kl. Woch.*, Nr. 44, 1884) itd.

Co do postaci, to bywa krew czysta, wyciekająca w większéj lub mniejszéj ilości z otworu cewki, przed, lub bezpośrednio po oddaniu moczu, lub znajdujemy krew płynną albo skrzeplą, z moczem mniéj lub więcéj ściśle zmięszaną, wskutek czego ten ostatni nabiera rozmaitego natężenia czerwone zabarwienie, od czarnego (*Carbolismus*) zacząwszy, aż do brudno żółtawego w krwotokach leukemicznych, lub brunatno zielonego, jaki spostrzegamy w moczu alkalicznym, zawierającym prócz krwi większe ilości ropy. Ta trudność w rozpoznawaniu właściwego źródła krwotoku skłoniła mnie do podania dat kazuistycznych, zebranych przezemnie w ciągu 10-letniéj na tem polu pracy, które też ośmielam się szanownym czytelnikom poniżéj przedstawić, nadmieniając, iż uwzględnię w niniejszéj pracy kazuistykę polipów i gruźlicy narządu moczopłciowego.

Przypadek I. 29-letni, L. R, pisarz wiejski, zgłosił się do mnie dnia 15/2 1885 r., z powodu zapalenia prawego przyjądrza, trwającego już 6 tygodni. Przed dwoma tygodniami wystąpił mocz krwawy. Chory twierdzi, iż od 7-go już roku życia doznawał pewnych trudności w oddawaniu moczu, które występowały co parę dni i ustały dopiero w 16-tym roku.

Dobrze zbudowany i odżywiony nie przechodził żadnych zresztą chorób. Prawe jądro znacznie obrzękłe i bolesne, uj-

[1]) Jako pierwszą część téj pracy uważać należy rozprawę autora: „Nerwice zwrotne w narządzie moczopłciowym;“ *Przegląd Lekarski*, 1888, Nr. 37 do 46.

ście cewki wolne od wydzieliny. Mocz tylko w początku urynowania zmięszany jest z krwią w dosyć obfitéj ilości, potem wydziela się czysty, bez żadnych domieszek, któreby wskazywały cierpienie pęcherza lub nerek. Badanie prącia i cewki przez skórę wykazało brak wszelkich zmian w ukształtowaniu dolnéj powierzchni części przyprątnéj. Chory dwa tygodnie zachowywał spokój i nosił bandaż Langleberta, poczem nie tylko jądro straciło na objętości, ale i krwawienie ustało, lecz nie na długo, gdyż w kilka dni krew obficie wyciekać zaczęła przy każdem prawie oddaniu moczu. Przystąpiłem więc do zbadania cewki wziernikiem, za pomocą którego już przy pierwszem obejrzeniu przekonałem się o obecności guzka, niedaleko opuszki usadowionego, w odległości mniéj lub więcéj 12 ctm. od zewnętrznego otworu cewki, obficie unaczynionego i łatwo krwawiącego, nawet przy dotykaniu go tamponem z waty. Bliższe badanie okazało, iż po wprowadzeniu 10-cio centrymetrowego wziernika i przy jednoczesnéj kompresyi prącia, mniéj lub więcéj na 2 ctm., wystąpił we wzierniku obraz centralny okrągły, przedzielony ciemno czerwowem zagłębieniem, które zwiększa się przy wsuwaniu, a ginie przy wysuwaniu wziernika. Środkowy odcinek guza leżał głębiéj niż obwodowy, a miał postać półkulistą, powierzchnię nierówną, zrazikowatą. Przy dalszem wsuwaniu wziernika krążek obwodowy stawał się coraz cieńszym, jego brzeg górny miał barwę jasno-czerwoną, i wtedy to wskutek silniejszego odbicia światła, jakoteż głównie wskutek uwydatnienia łukowatego cienia, przez guz rzuconego, wyraźniéj spostrzedz mogłem rysy i postać dolnego, ciemno-fijoletowego guzka. Przy jeszcze głębszem wprowadzeniu wziernika błona śluzowa cewki zginęła całkiem z pola widzenia, które zapełnionem zostało przez masę nowotworu, o brodawkowatéj powierzchni, i ze skośnem, przez środek guza przebiegającem, wcięciem. Ponieważ wypełniał on światło wziernika, a zatem miałby najmniéj 7 mm. w przekątni, gdyby się udało w innych kierunkach spostrzedz błonę śluzową cewki od niego wolną, gdy jednakże, po nakierowaniu tylnego otworu wziernika w kierunku guza takowy wypełnił jego światło poraz wtóry, przyszedłem do przekonania, iż długość guza ocenić trzeba najmniéj na 15 mm. Godnem było uwagi, iż prócz krwawienia guz ten, który za polip uważałem, nie sprowadzał żadnych więcéj zaburzeń, cewnik mimo jego obecności łatwo dawał się wprowadzać do pęcherza, nie natrafiając na żaden opór z jego strony.

Mimo nieznacznych objawów, jakie w danym razie wywoływał, postanowiłem go wydalić, gdyż z czasem objawy te i utrata ciągła krwi stają się coraz groźniejszemi. Jakkolwiek miejsce uczepienia było widocznem, nie byłem jednak w możności takowe dokładnie izolować, aby jednem cięciem odłuszczyć guz od cewki. O zgnieceniu go za pomocą kleszczyków polipowych mowy być nie mogło z powodu znacznéj jego objętości, a wyrywanie zawsze uważam za groźne z powodu nieprzewidzianych, a zawsze groźnych następstw, wywołanych urazem cewki. Zastosowałem więc pętlę drucianą, używaną do wyrywania polipów krtani, osadzoną na odpowiedniéj rączce; zresztą nie różniła się od pętli Lazarewicza i Linharda, zmodyfikowanéj przez Desaulta. Pętla zsuwała się kilkakrotnie tak, iż powtórnie wprowadzić musiałem wziernik, aby nakierować światło na właściwe miejsce. Dnia 14 kwietnia przystąpiłem znowu do założenia pętlicy, którą nareszcie udało się zaczepić za podstawę polipa, a opór przy pociąganiu druta dowodził, iż pętla trzyma dobrze, potem, w ciągu kilku godzin, wykonałem dwukrotne silne ściągnięcie. Chory czuł się dobrze i dopiero w nocy, mniéj lub więcéj w 12 godzin po pierwszem założeniu przyrządu, zauważył, iż takowy się zsuwa i wyciągnął go sam, przyczem za pętlą wysunął się polip około 14 mm. w przekątni, a 28 mm. długości; koniec jego górny był okrągły, brózda od pętli nie zbyt głęboka, koniec cienki dosyć długi, a cały polip pokryty czerwonym płynem. Po obmyciu przekonałem się naocznie o istnieniu nie jednéj, ale kilku podługowatych brózd, dosyć głębokich, a także o licznych poprzecznych fałdach, na całéj powierzchni polipa, co mu też nadawało wejrzenie zrazikowate. Badanie dokonane wziernikiem po operacyi wykazało rankę wielkości ziarna grochu, na górnéj lewéj powierzchni cewki. Chory, prócz lekkiego palenia podczas oddania moczu, czuł się zupełnie dobrze. Dnia 21 sierpnia 1885 badałem cewkę za pomocą wziernika, lecz na żaden ślad odbytego cierpienia nie natrafiłem; krwawienia ani też ropienia nie było, a chory czuł się zupełnie wyleczonym.

Przypadek II. Józef J. od lutego 1886 r. był u mnie w kuracyi dla chronicznéj rzeżączki i ostrych lepieży w otworze cewki. Dnia 10 listopada 1887 r. przybył znowu, skarżąc się na silny odpływ ropy często z krwią zmięszanéj. Przy badaniu 10-cio centymetrowym wziernikiem znalazłem, w odległości 7 ctm. od zewnętrznego otworu cewki, obrzęk i zaczerwienienie błony śluzowéj, a przy wysuwaniu wziernika nagle całe pole widzenia zasłonięte zostało przez fałdę błony śluzowéj. Przy powtórnem badaniu można było wyraźnie spostrzedz część guza w górnym i lewym odcinku cewki, z budową ziarnistą, uwydatnionemi zrazikami i krótkiemi, wężykowato przebiegającemi naczyńkami. Przy odpowiedniem ustawieniu zobaczyłem w bliskości guza ciemny łuk, który można uważać za cień, rzucony przez nowotwór na pole światła. Gdy znowu wziernik nasunąłem na środek, w kierunku osi cewki, wtedy guz pokrył całą prawą połowę pola oświetlonego tak, iż obraz środkowy niemożliwym był do widzenia. Brzeg guza, który posiadał wielkość i kształt soczewicy, przebiegał na dolnéj powierzchni cewki, którą pokrywał prawie w zupełności. Umocowany był na górnéj i prawéj jéj ścianie w odległości 65 ctm. od jéj otworu. W dniu 12 grudnia przystąpiłem do wydalenia nowotworu. W tym celu użyłem odpowiedniego endoskopu, z odnogą rurkowatą, przez którą wprowadzić można odnośny instrument, nie zasłaniając sobie pola widzenia we wzierniku. Dla nastawienia polipa zmuszony byłem wprowadzić do niego wązki tubus i po dokładnem przekonaniu się o miejscu uczepienia wprowadziłem przez dolny otwór odpowiednie nożyce, któremi też polip w całości wyłuszczyłem. Krwawienie nadspodziewanie było bardzo ograniczone, a 13 grudnia zatuszowałem miejsce umocowania polipa kawałkiem lapisu. Po upływie kilku dni strup odpadł, ropienie i krwawienie ustało w zupełności, a dalsze badania wziernikiem wykazały zupełnie normalny stan cewki. (C. d. n.).

II. O liszaju żrącym *(Lupus vulgaris).*

Podał

Dr. Antoni Krokiewicz,

były asystent przy kat. anat. pat. Uniw. Jag.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24)

W ogniskach, które uległy owrzodzeniu, obraz odmienny. Tu brak przyskórka w całości lub ślad jego tylko miejscami pozostaje; cała zaś tkanka okazuje naciek jednostajny ziarninowy, bardzo silnie unaczyniony, składający się przeważnie z komórek drobnych, okrągłych i wrzecionowatych. Częstokroć są i wynaczynienia drobne. Komórek olbrzymich brak. Na mocy badania histologicznego doszedłem do następującego wyniku:

Cechą procesu liszaja żrącego ze stanowiska anatomicznego jest utkanie granulacyjne silnie unaczynione. Proces ten rozpoczyna się zawsze ogniskowo w głębszych warstwach skóry na około naczyń krwionośnych z komórek tkanki łącznéj preegzystującéj i rozpościera się wzdłuż naczyń. Z pojedynczych drobnych ognisk przez zlewanie się wytwarzają się ogniska rozleglejsze, coraz bardziéj ku warstwie brodawkowéj skóry się rozpościerające. W skład ognisk granulacyjnych wchodzą przeważnie komórki przybłonkowate i wrzecionowate, komórki olbrzymie, mniéj komórki drobne, okrągłe. Ilość komórek olbrzymich w jednem rozleglejszem ognisku jest pokaźną, gdyż może dochodzić do 8. Komórki te olbrzymie zazwyczaj leżą w częściach obwodowych ogniska, rzadziéj w środku. Ułożenie jąder w komórkach olbrzymich liszaja żrącego nie wszędzie jest jednakowe; w przeważnéj

liczbie jądra są ułożone przyściennie, podczas gdy część środkowa tworu olbrzymiego jest od nich wolna, przedstawia się jako masa bezpostaciowa, choć i dość często można napotkać twory olbrzymie w całości jądrami powypełniane, jakby ponadziewane. W ogóle zaś twory olbrzymie dosięgają tutaj niezwykłych rozmiarów, są znacznie większe niż w gruźlicy ludzkiéj. Naczynia wchodzące w skład utkania liszaja żrącego wytwarzają się świeżo, a ściany ich jużto składają się z jednego pokładu śródbłonka, jużto są zgrubiałe. Gruczoły mogą brać czynny udział w liszaju żrącym. Ognisk serowatych pośród utkania liszaja żrącego nie można napotkać. Przyskórek nie bierze czynnego udziału ze względu na istotną cechę procesu chorobowego; w niektórych razach rozwija się on nadmiernie, wnika nawet w głąb procesu chorobowego pośród ogniska liszaja żrącego, a nawet wytwarza twory bardzo zbliżone do ciałek Waldeyera. Cały proces anatomicznie odpowiada zmianom gruźliczym, powolnie przebiegającym w pojęciu Baumgartena [1]), który mówiąc o gruźlicy powiada: „Prątki gruźlicze oprócz działania na stałe komórki tkanki łącznéj wywierają w drugiéj linii i wpływ chorobotwórczy na ściany naczynia, skutkiem czego przychodzi do typowéj ekstrawazacyi zapalnéj ciałek białych, przez co gruzełki składające się pierwotnie wyłącznie lub prawie tylko wyłącznie z elementów przybłonkowatych, zostają zaopatrywane leukocytami, a przezco tem samem gruzełki o utkaniu wielkokomórkowem w pojęciu Langhansa, Wagnera, Schüppla zwolna przekształcają się w gruzełki o utkaniu lymfoidalnem Virchowa. Szybkość, z jaką ta przemiana zostaje urzeczywistnioną, zależy od ilości, a względnie od siły jadu gruźliczego, rozmnażającego się. Im gwałtowniéj i liczniéj rozmnażają się prątki gruźlicze, tem szybciéj i rychléj przychodzi do przekształcenia się pierwotnego gruzełka, składającego się z komórek przybłonkowatych w wtórorzędny gruzełek, składający się z komórek limfoidalnych, ba nawet przy niezwykle szybkim i obfitym rozwoju prątków może się wydarzyć, że okres wytwarzania się gruzełka przybłonkowatego zostaje niejako pominięty i zaraz z początku wytwarza się gruzełek z limfoidalnych komórek złożony, jakto się wydarza w przypadkach gruźlicy wywołanéj szczepieniem znacznéj ilości jadu pełnego żywotności w rogówce. Przeciwnie im wolniéj i skąpiéj się prątki gruźlicze rozwijają, tem powolniéj postępuje przemiana pierwotnego gruzełka przybłonkowatego w gruzełek wtórorzędny limfoidalny, a nawet wśród takich okoliczności może się wydarzyć, że rozwój gruzełka utrzymuje się tylko w okresie pierwotnym, t. j. w skład jego wchodzą tylko komórki przybłonkowate i olbrzymie, lub też na przejściu w wtórorzędny, jakto się wydarza w gruźlicy, wywołanéj osłabionym jadem i t. d.

Zapatrywanie powyższe Baumgartena odpowiada w zupełności obrazowi, jaki nam przedstawia utkanie liszaja żrącego, jakie nam przedstawia gruzełek przy zadziałaniu skąpéj ilości lub też osłabionego jadu.

Nie mniéj za tą okolicznością przemawia i obecność i zachowanie się komórek, a raczéj tworów olbrzymich w liszaju żrącym, na które pierwszy Langhans zwrócił uwagę pośród utkania gruźliczego. Według Baumgartena [2]) komórka olbrzymia powstaje z jednéj komórki przybłonkowatéj skutkiem proliferacyi jądra pośród takowéj; komórka olbrzymia jest według niego wyrazem powstrzymania prawidłowego przebiegu mnożenia się komórek, gdzie pomimo mnożenia się jądra sama komórka się nie dzieli, a występują one tem obficiéj pośród utkania gruźliczego, im słabszy jad gruźliczy działa.

[1]) *Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von pathogenen Microorganismen*, r. 1885, p 65. — [2]) *idem*, p. 66.

Według Weigerta [1]) komórka olbrzymia Langhansa jest wyrazem częściowego zserowacenia pierwoszcza komórek bujających, a powstaje ona pod wpływem prątka, którego obecność w jakiejkolwiek komórce sprowadza częściowe krzepnięcie pierwoszcza. Część obumarła powstrzymuje prawidłowe dzielenie się pierwoszcza, a ulegają tylko jądra takowemu. Przez następowe przybieranie na plazmie komórka się powiększa i przybiera charakter komórki olbrzymiéj, w któréj centrum jest obumarłe, a jądra ułożone przyściennie. Inni jak Virchow [2]), Klebs [3]) Köster [4]) Schüppel [5]), Rindfleisch [6]), Hering [7]), Brodowski [8]), Liubimów [9]) Cornil [10]) odnoszą powstawanie tworów olbrzymich jużto do naczyń limfatycznych, jużto krwionośnych. Podobnie i Thin uważa komórki olbrzymie za zmarniałe naczynia; otoczka tychże odpowiada ścianie naczynia krwionośnego, pierwoszcze rozpadłym ciałkom czerwonym, jądra ułożone obwodowo jądrom komórek śródbłonkowych, a jądra dośrodkowo ułożone odpowiadają ciałkom białym pośród naczynia się znajdującym.

Komórki olbrzymie w liszaju żrącym, jakto już powyżéj wspomniałem, sądzę, że występują licznie i wypełnione są jużto w całości jądrami, jużto tylko w jednym odcinku, jużto wreszcie jedynie w częściach obwodowych, przyściennych, podczas gdy pozostała część pierwoszcza jest obumarłą, zamienioną na masę szklistą, bezpostaciową lub też drobnoziarnistą. Okoliczność ta przemawia za tem, że wytwarzają się one skutkiem proliferacyi jądra w jednéj i téj saméj komórce, zwolna postępującéj tak, jak się to wydarza w typowéj gruźlicy przy zadziałaniu bardzo słabego jadu, nie wchodząc w bliższe szczegóły teoryi Weigerta i Baumgartena. Nie mniéj jednak można było zauważyć, jak na miejscu naczynia powstaje twór olbrzymi, okazujący powyższe cechy, za czem wreszcie już i usadowienie jego przemawia. W niektórych bowiem razach można było stwierdzić, iż naczynie w części wypełnione komórkami śródbłonka bardzo łudząco przedstawiało takowy na pierwszy rzut oka. Podobnie i w jednym przypadku obraz drobnowidowy przemawiał za powstawaniem tworów olbrzymich na miejscu przewodu gruczołowego. W ogóle zachowanie się tworów olbrzymich (nazwa ta bowiem wydaje mi się o wiele szczęśliwszą ze względu na etyjologiją) w liszaju żrącym przemawia zupełnie za identycznością takowych pośród typowego utkania gruźliczego napotykanych, a tem samem i całe utkanie w przebiegu liszaja żrącego przemawia za gruźlicą, przewlekle, powoli na skórze przebiegającą, wywołaną bardzo osłabionym i skąpym jadem, który zaledwie mógł wywołać obumarcie pierwoszcza, pośród niektórych tworów olbrzymich, a nie zdołał rozleglejszéj nekrozy w tkance wywołać.

[1]) *idem*, p. 67. — [2]) Virchows Archiv. Bd. 14, p. 41. *Reizung u. Reizbarkeit.* — [3]) *Beiträge zur Geschichte der Tuberculose* Virchows Arch. Bd. 44, p. 286. — [4]) *Ueber fungöse Gelenkentzündung* Virch. Arch. Bd. 48 r. 1869. — [5]) *Ueber die Entstehung der Riesenzellen Arch. d. Heilkunde.* Bd. 13, r. 1872. — [6]) *Pathologische Gewebelehre* III. Aufl. 1873. — [7]) *Histologische u. experimentelle Studie über die Tuberculose* 1873. — [8]) *Ueber den Ursprung der sogenannten Riesenzellen* Virch. Arch. Bd. 63, 1875. — [9]) *Zur Frage über die Histogenese der Riesenzelllen.* Virch. Arch. Bd. 75, r. 1879. — [10]) *Ueber die Pathologie des Lupus mit besonderer Beziehung auf die sogenannten Riesenzellen. Vierteljahrsch. für Syph. u. Dermat.* p. 127, r. 1880.

II.

Utkanie w liszaju żrącym odpowiada prawie w zupełności, jakto już w poprzedniéj części méj pracy nadmieniłem, utkaniu tak zwanego gruzełka przybłonkowatego, z którego według Baumgartena składa się ognisko gruźlicze w początkach swego rozwoju, i to wtedy, gdy albo bardzo skąpa ilość prątków lub też jad gruźliczy osłabiony zadziałał. Z samego zatem obrazu histologicznego możnaby wywnioskować, jakto już pierwszy Friedländer uczynił, że utkanie liszaja żrącego, to utkanie gruźlicze, gdzie jednakowoż jad bardzo słabo zadziałał. Mimoto jednak we wszelkich podręcznikach w rozdziale traktującym o tak zwanych nowotworach granulacyjnych kwestyja liszaja żrącego i gruźlicy odrębnie jest traktowaną i to już z tego powodu, że te dwa procesy różnią się od siebie anatomicznie niejednostajnem zachowaniem się naczyń krwionośnych. Skoro bowiem w typowéj gruźlicy naczynia nietylko że się nie wytwarzają, lecz owszem jeszcze ulegają zarośnięciu, obliteracyi, w liszaju żrącym przychodzi do znacznego unaczynienia przez wytwarzanie się naczyń świeżych. To też w celu wykazania identyczności obydwu tych procesów potrzebaby i innego jeszcze czynnika, to jest wykazania, że tło infekcyjne tak w gruźlicy, jak i w liszaju żrącym jest jednéj i téj saméj przyrody, czyli że obydwa te procesy tak liszaja żrącego, jak i gruźlicy zostają wywołane przez prątek Kocha. Wykrycie zatem prątka Kocha w utkaniu liszaja żrącego i przeszczepienia szczątków tkanki liszaja żrącego na odpowiednie, przystępne dla jadu zwierzęta, z dodatnim wynikiem ze względu na wywołanie pośród nich procesu gruźliczego, zdołają jedynie usunąć wszelką wątpliwość.

Za przyrodą infekcyjną liszaja żrącego pierwszy czynił poszukiwanie Schüller [1]). Używając metody barwienia mikroorganizmów podanéj przez Weigerta, doszedł do przekonania, że przyczyną liszaja żrącego są tak zwane „mikrokoki“, które się miały znajdować w drobnych guzkach tak pośród drobnych i przybłonkowatych komórek, jakoteż i poza ich obrębem. Z całego jednak dalszego opisu można z łatwością wywnioskować, iż Schüller miał tylko do czynienia z tak zwanemi komórkami tucznemi Ehrlicha, które niejednokrotnie dawały powód do brania ich za mikrokoki.

Pierwszy prątki zabarwione, nie różniące się od gruźliczych, w ogniskach liszaja żrącego wykazał Demme [2]), potem Krause [3]) i Souchardt [3]), Pfeiffer [4]), Koch [5]), następnie Cornil [6]), Leloir [7]), Doutrelepont [8]), Morison, Simington [9]), Pagenstecher [10]). Wszyscy znajdowali bardzo skąpą ilość prątków gruźliczych pośród utkania liszaja żrącego i nie w każdem ognisku. Koch sam mówiąc o prątkach gruźliczych w liszaju żrącym powiada: Prątki gruźlicze w utkaniu liszaja żrącego są tak skąpe i poodosabniane, iż w 2-ch przypadkach wtedy dopiero takowe spostrzedz można było, skoro w jednym przypadku 27 skrawków, a w drugim 43 przejrzano. Częstokroć wydawało się, iz skoro w jednym przypadku w całym szeregu skrawków nie można było wykazać ani jednego prątka, to naraz na jednym preparacie pośród komórek olbrzymich znajdowały się 2—3 prątki. Nigdy Koch nie zauważył pośród jednéj komórki olbrzymiéj więcéj nad jeden prątek. Lachmann [1]) jedynie miał tylko spostrzedz znaczną ilość prątków pośród ropy z ognisk liszaja żrącego, a Köbner podaje, iż w 3-ch przypadkach zauważył prątki jużto pojedyncze porozrzucane jużto w większych gromadkach.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) *Histologische Studien über die Micrococcen des Lupus. Centralbl. f. Chirurg.* Nr. 46, 1881. — [2]) *Berl. klin. Wochensch.* Nr. 15, 1883. — [3]) *Fortschritte d. Med.* Nr. 9. 1883.— [4]) *Tuberkelbacill. in der lupös erkrankten Conjunctiva. Vierteljahrsch. f. Syph. u. Derm.* p. 634, r. 1883. — [5]) *Aetiologie der Tuberculose, Mitheilungen aus dem kaiserl. Gesundheit samte* Bd. II. S. 38. — [6]) Cornil-Leloir. *Experimentelle u. histologische Studien über das Wesen des Lupus. Vierteljahrsch. f. Syph. u. Derm.* 1883. — [7]) Leloir. *Neue Untersuchungen über die Beziehung zwischen Lupus vulgaris u. Tuberculosis. Vierteljahrsch. f. S. u. Derm.* 1886. — [8]) *Zur Therapie des Lupus. Monatshefte f. pract. Dermat.* Nr. III. r. 1884. — [9]) *Discussion. Die Aetiologie des Lupus.* — [10]) Pagenstecher und Pfeiffer. *Lupus oder Tuberculose. Berl. klin. Wochsch.* r. 1883, Nr. 19.

[1]) *Deutsche mediz. Wochsch.* Nr. 13, r. 1884.

III. Gaza jodoformowa zmodyfikowana do celów ginekologicznych.

Podał

Dr. W. Bylicki we Lwowie.

Wiadomo powszechnie, jak ważną rolę w antyseptyce odgrywa dzisiaj jodoform, a szczególnie gaza jodoformowa. Od chirurgów weszła ona zaraz w użycie i u ginekologów, i to nietylko jako środek chroniący od zakażenia ranę po operacyi, lecz jako środek jedynie racyjonalny do tamponady. Z każdym innym materyjałem wykonana tamponada nie przeszkadza gnilnemu rozkładowi krwi lub wydzielin nagromadzonych w tamponie i dla tego też tampony z waty Brunsa w 24 godzin wydobyte z pochwy, szczególnie w obecności wydzieliny krwawéj, rozszerzają woń obrzydliwie cuchnącą.

Obecnie używamy prawie wyłącznie po operacyjach wykonywanych na macicy i w pochwie, lub w razie krwotoków, gazy jodoformowéj jako materyjału do tamponady, a wartość tejże jeszcze się powiększyła od czasu, gdy Dührssen polecił ją do ścisłego wytamponowania jamy macicy w przypadkach niedowładności poporodowéj i życiu zagrażających krwotoków, jeżeli takowe żadnemi innemi środkami nie dają się powstrzymać.

Gazę jodoformową, któréj dotychczas używaliśmy, otrzymujemy w paczkach, zawierających jeden lub kilka metrów kwadratowych w jednym kawałku tak, że musieliśmy takową osobno przykrawywać w formie albo płatków lub co trudniejsze, wymagające zachodu i straty czasu (często w braku dobrych nożyczek) w formie długich bandażów.

Aby zatem stósowanie gazy jodoformowéj do celów ginekologicznych ułatwić, zaproponowałem p. Dobrowolskiemu, fabrykantowi opatrunków chirurgicznych w Krakowie, przyrządzanie jéj w formie bandaża, z podwójnéj warstwy 30% gazy, 10 cm. szerokości, a 10—15 metrów długości, zwiniętego ściśle i umieszczonego w kartonowem pudelku wyklejonem papierem pargaminowym. Forma ta ukazała mi się w każdym przypadku najstósowniejszą i nadającą się nawet zupełnie do przykrycia rany zeszytéj, po cięciu brzusznem, a posiadającą jeszcze i tę wyższość, że nie pozostawia nieużytecznych resztek i daje się szybko użyć bez rozprzestrzeniania silnéj woni, tak przykréj w mieszkaniu chorych lub lekarza.

Wykonania gazy w ten sposób zmodyfikowanéj, podjął się z wszelką gotowością p. Dobrowolski, a ja nie wątpię, że zmiana ta okaże się wszystkim kolegom jako najwygodniejsza i da im sposobność nietylko przekonania się o tem w praktyce, lecz i poparcia przemysłu i przemysłowca krajowego, z obustronnym pożytkiem.

IV. Przyczynek sądowo-lekarski do kwestyi nerwic urazowych.

Podał

prof. Dr. Blumenstok.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24).

Historyja przypadku, w którym razem z kol. Żuław-

skim powołany zostałem przez sąd cywilny do wydania orzeczenia, jest następująca:

P. Dr. A. J., lat 48, używający w swoim zawodzie sławy zdolnego i zabiegliwego człowieka, według podania swego nigdy poprzednio nie chorował, podczas gdy wszyscy, którzy go znali, twierdzą stanowczo, że zawsze był w wysokim stopniu nerwowym. D. 13 stycznia 1888 r., w dzień noworoczny według kalendarza greckiego, po sutem śniadaniu i libacyi w towarzystwie przyjaciół odbytéj p. Dr. J. wyjechał koleją do Lwowa. Zająwszy miejsce sam jeden w t. zw. pół coupé, zawinął się w długie podróżne futro barankowe aż po głowę i położywszy się na kanapie, wkrótce potem zasnął. Wśród nocy nastąpiło zderzenie się pociągu, w którym jechał, z pociągiem drugim; Dr. J. atoli o tem zajściu dowiedział się dopiero po przebudzeniu i wtedy spostrzegł ku zdziwieniu swemu, że kanapa zesunęła się była tak, że on zamiast na niéj, leżał w przestrzeni utworzonéj przez zesuniętą kanapą a przeciwległą ścianę wagonu. Zrazu słysząc jakiś rumor zastanawiał się, czy już nastąpił jaki przypadek lub dopiero nastąpi, a chcąc podnieść się, musiał powoli wyswobodzić się z obwinięcia futra; powstawszy zaś słyszał, że w sąsiednich oddziałach podróżni zaczynają wychodzić, a wnet konduktor i jego wezwał do wyjścia. Wyszedłszy bez cudzéj pomocy przeszedł kawał drogi do stacyi i tam żądał łóżka, aby mógł spać daléj, zadowolił się wreszcie i kanapą i spał, aż go do śniadania obudzono. Zrana innym pociągiem pojechał do Lwowa; nie wspomina, aby śród jazdy, co najmniéj kilka godzin trwającéj, doznawał jakichś dolegliwości; przybywszy do Lwowa zaszedł do swojego krawca, który zwrócił mu uwagę, że jest niezwykle bladym. Z tego powodu zasiągnął rady p. Dra Opolskiego, a wychodząc od niego miał spostrzedz, że chód ma utrudniony, zwłaszcza schodząc ze schodów. Odtąd miał czuć się coraz gorzéj, a powróciwszy do domu radził się lekarzy miejscowych, następnie zaś udał się do Krakowa, gdzie radził się proff. Adamkiewicza i Rydla, a wkrótce potem rozpoczął proces przeciw zarządowi kolei, a przedewszystkiem prowadził t. zw. dowód ku wiecznéj pamięci. Lekarze sądowi miejscowi w tymczasowem orzeczeniu swem uznali potrzebę badania go przez specyjalistów, wskutek czego na wezwanie sądu miejscowego przejął sprawę sąd cywilny w Krakowie, który zdającego sprawę i kol. Żuławskiego zawezwał do badania p. Dr. J.

Badanie rozpoczęliśmy dn. 4 kwietnia 1888 r., a więc niespełna w 3 miesiące po przypadku; trwało ono przez rok przeszło, albowiem orzeczenie podyktowaliśmy do protokółu w maju 1889 r. Przez ten czas nie tylko kilkakrotnie badaliśmy p. Dr. J. w sądzie, ale nierównie częściéj w domu, albo wspólnie ze specyjalistami *pro consilio*; nie poprzestając na tem p. Dr. J. udawał się wielokrotnie do specyjalistów zamiejscowych, używał rozmaitych kuracyj według ich wskazówek i przedkładał nam świadectwa owych specyjalistów z każdorazowego badania przez nich dokonanego.

Orzeczenie nasze ostateczne, w téj sprawie wydane, opiewało dosłownie jak następuje:

Sprawozdanie nasze opieramy tak na dłuższéj wielokrotnéj naszéj obserwacyi, jako też na materyjale piśmiennym, dostarczonym przez Dra I., a obejmującym świadectwa specyjalistów, których rady w rozmaitych okresach czasu zasięgał. Dodajemy, że p. Dr. I. przedstawiał nam się każdym razem ile razy był w Krakowie i że każdym razem go badaliśmy czy to sami, czy to razem z innymi kolegami specyjalistami (proff. Rydlem i Adamkiewiczem), a tem samem wyraźnie potwierdzamy odnośne podania p. Dra I.

Zrazu badanie nasze nie było w stanie wykazać znaczniejszych zmian przedmiotowych prócz lekkiego opuchnięcia odnóg dolnych i to od czasu do czasu tylko występującego, oraz zwiększonego odruchu ścięgnistego w kolanie lewem. Natomiast p. Dr. I. użalał się na liczne dolegliwości natury podmiotowéj, które trzeba było przypuszczać jako istniejące, jakkolwiek przedmiotowego dowodu istnienia ich nie było i z natury rzeczy być nie mogło, albo podejrzywać badanego o symulacyję, lub przynajmniéj przecenienie dolegliwości rzeczywiście istniejących. Jakkolwiek lekarz sądowy znajduje się w przykrem położeniu, ile razy ma sąd swój opierać na objawach podmiotowych, badaniu jego niedostępnych, to jednak niepodobna mu także przypuszczać zaraz symulacyję, jeżeli tylko zbiór objawów podmiotowych podanych przez badanego nie pozostaje w sprzeczności z doświadczeniem lekarskiem, a przeciwnie składa się na obraz choroby w nauce znany.

Otóż w istocie objawy te podmiotowe, na które ciągle a ciągle użalał się p. Dr. I., a które miały u niego występować w rozmaitych okresach czasu w rozmaitem nasileniu, składają się rzeczywiście na obraz znany w nauce o chorobach nerwowych już to pod nazwą neurastenii, już też pod nazwą histeryi.

Tak się miała rzecz z początku; po pierwszych naszych obserwacyjach widzieliśmy u p. Dr. I. tylko zbiór objawów podmiotowych, świadczyć mogących o osłabieniu i zmęczeniu systemu nerwowego, a tem samem co najwięcéj przypuścić mogliśmy usposobienie i skłonność do jakiéjś nerwicy, jak n. p. do histeryi lub hipochondryi, a co najwięcéj już sam okres początkowy takiéj nerwicy. Pod względem przyczyny tego stanu nerwowego można było przypuszczać, albo że takowy istniał n. p. u Dra I. już od dawna, a powiększył się tylko i spotęgował pod wpływem pewnéj szkodliwości, albo że go poprzednio nie było, a powstał dopiero wskutek pewnéj znanéj szkodliwości, jak stanowczo utrzymywał badany. Wobec rozpoznania niepewnego, bo tylko na objawach podmiotowych opartego, tem mniéj byliśmy w stanie rozstrzygnąć kwestyję powstania, o ile p. Dra I. poprzednio wcale nie znaliśmy, a więc pozbawieni byliśmy wszelkiéj podstawy do porównania, o ile stan jego ogólny świeżo zmienił się, a względnie pogorszył. Skłonniejsi do przypuszczenia, że usposobienie i skłonność do nerwicy istniała już od dawna u p. Dra I., nie mogliśmy jednak zaprzeczyć, że i nagłe powstanie tego stanu, a przynajmniéj pogorszenie onego mogły być następstwem szkodliwości, która nagle i niedawno temu zadziałała była, a którą wskazywał p. Dr. I. jako przyczynę swojego cierpienia. Tą szkodliwością według niego był przypadek kolejny, którego doznał w nocy z 13 na 14 stycznia 1888 r.

W r. 1866 Erichsen pierwszy opisał zbiór objawów nerwowych, odnoszących się głównie do rdzenia pacierzowego, a po części i do mózgu, a powstających zazwyczaj po pewnym upływie czasu u ludzi, którzy przebyli jakąś katastrofę kolejną, zwłaszcza wskutek wstrząśnienia doznanego po zderzeniu się dwu pociągów i stan ten choroby nazwał *„railway spine“*; autorowie późniejsi, do których należą Morris, Leyden, Westphal, Rigler, a w nowszych czasach oprócz Anglików i Francuzów głównie Strümpell i Oppenheim zbiór ten objawów nazywają na przemian *„railway spine“* i *„railway brain“*. Zrazu z pewnem i to uzasadnionem niedowierzaniem lekarze przyjmowali istnienie podobnego stanu, a to nie tylko dla tego, że objawy ze strony mózgu i rdzenia pacierzowego nie tylko występują po pewnym dopiero upływie czasu po przebytéj katastrofie i są po największéj części nieuchwytne dla badającego, nie tylko dlatego, że one występują przeważnie w takich przypadkach, w których zderzenie nie wywołało na razie widocznych znaczniejszych obrażeń, ale może najwięcéj z tego powodu, że chorych takich, wytaczających żale swoje na dolegliwości przedmiotowo wykazać się nie dające, podejrzywać wypadało o symulacyję w celu wyzyskania towarzystw kolejowych, zwłaszcza od czasu gdy państwa włożyły na towarzystwa obowiązek odszkodowania materyjalnego ludzi podróżujących, którzy podczas jazdy doznali szkody na zdrowiu lub życiu. Mimo to jednak w przeciągu ostatnich lat 20 tu namnożyły się podobne przypadki w rozmaitych krajach i miejscowościach, a we wszystkich tych przypadkach skarżący się podawali zgodnie objawy chorobowe tak podobne do siebie, a nie wiedząc nawzajem o sobie, że jak wyraża się prof. Strümpell „byłoby rzeczą dziwną, żeby chorzy w Berlinie, Lipsku, Erlandze i we wszystkich innych miejscowościach dokładnie w równy sposób dolegliwości swoje fałszywie przedstawiać mieli“ — wyraża on nadto przekonanie swoje, że symulacyja w takich stanach wcale nie jest częstą, jak się zdaje niejednemu lekarzowi i streszcza pogląd swój na nerwice urazowe w następujących

słowach: „po silnych wstrząśnieniach całego środkowego układu nerwowego spotykamy często powikłany, ale bardzo charakterystyczny zbiór objawów nerwowych, którym najodpowiedniéj można dać miano ogólnych nerwic urazowych. Stan ten przedstawia wielkie podobieństwo do neurastenii, do histeryi, a po części do pewnych chorób umysłowych (melancholija, hypochondryja). (Prof. Strümpell: *Berliner Klinik, II. 3, Ueber die traumatischen Neurosen.* Berlin 1888). Do tych objawów zalicza Strümpell tak samo jak inni neurolodzy niemieccy i francuscy: zmienne usposobienie, osłabienie woli i energii, uczucie przygnębienia i trwogi, brak wytrwałości i po prostu nawet niezdolność do zwykłego zajęcia, niezdolność do zajmowania się dłużéj jakąkolwiek pracą umysłową, oddziaływanie większe na wszystkie wrażenia, sen przerywany, niespokojny, a głównie zboczenia zmysłowe, ogólne osłabienie cielesne i umysłowe.

Ponieważ p. Dr. I. o tych i podobnych dolegliwościach ciągle a ciągle wspominał, niepodobna było zaprzeczyć istnieniu u niego podobnego stanu nawet wtedy, kiedy żadnych jeszcze przedmiotowych objawów nie mogliśmy skonstatować i podciągnąć go pod miano i pojęcie tak zw. „*railway spine* i *brain*,“ zwłaszcza, że i lekarze specyjaliści, których rady zasięgał, podobne przypuszczenia czynili.

Z postępem czasu atoli wystąpiły u p. Dr. I. ważne zmiany i przedmiotowo wykazać się dające. Podczas gdy Dr. Opolski (alleg. 2) w dniu 20 stycznia 1888 w świadectwie swojem mówi tylko o rozdrażnieniu nerwowem, prof. Adamkiewicz w dn. 5 kwietnia 1888 (alleg. 3) podaje, że wprawdzie zmian przedmiotowych w układzie nerwowym skonstatować nie mógł, jednak choroby p. Dr. I nie uważa za urojoną i przypuszcza już istnienie u niego tak zwan. „*railway spine*“. Prof. Benedict 20 kwietnia przypuszcza silny wstrząs jako przyczynę choroby, tenże dn. 25 maja sprawdził osłabienie odnóg dolnych obok bardzo żywych odruchów ścięgnistych, oraz obrzmienie tarcz nerwowych połączone z częściowym barwoślepem i osłabienie fizyczne i umysłowe; tenże dnia 10 czerwca mówi o zwężeniu pola widzenia, a co ważniejsza, prof. Borysikiewicz dnia 16 maja 1888 znalazł bystrość wzrokową wprawdzie prawidłową, jako też pole widzenia dla barw: białéj, niebieskiéj i żółtéj prawidlowe, natomiast dla barw: zielonéj i czerwonéj znaczne zwężenie, oraz przekrwienie nerwu wzrokowego i siatkówki po obydwu stronach, chwianie się przy oczach zamkniętych i znacznie wzmożone odruchy kolanowe i na podstawie głównie badania wzroku przypuszcza, że u badanego rozwija się *Tabes* albo *Paralysis progressiva* i nie wyklucza możności, iż stan ten jest następstwem wstrząśnienia kolejowego. Stan ten oczu sprawdzony został także i w Krakowie przez nas jako też przez specyjalistów prof. Rydla i Dra Marcisiewicza dnia 2 lipca 1888. Dnia 7 sierpnia 1888 prof. Borysikiewicz podaje jako przyczynę najprawdopodobniejszą obecnego stanu p. Dra I. wstrząśnienie kolejowe, a dn. 8 lutego 1889 prof. Benedict poświadcza: *Ueber die selsbtverständliche Diagnose: Neurose durch Shock (Railway spine), brauche ich nichts weiter hinzuzufügen. Ich hoffe die Erscheinungeu werden schwinden. Doch vergehen erfahrungsgemäss Jahre bis der normale Zustand und besonders die normale Leistungsfähigkeit wiederkehrt*, następnie prof. Benedict dnia 27 października 1888 poświadcza, że na konsultacyi we Wiedniu odbytéj z prof. Nothnaglem i Dr. Neusserem „*wurde angenommen, dass die hochgradige Neurasthenie des Gehirnes vielleicht noch bis zn einem gewissen G r a d e f o r t b e s t e h e n könne, weil diese traumatischen Neurosen gewöhnlich sehr hartnäckig sind.*“ Prof. Dr. Adamkiewicz dnia 28 października 1888 stwierdza, że objawy chorobowe p. Dr. I. stanowią obraz chorobowy tak zwanéj „*railway spine* i *railway brain.*“ (Dok. nast.)

V. Z praktyki prywatnéj.

Przypadek tężca reumatycznego z wyleczeniem.

Podał

Dr. G. Sysak.

(Rzecz czytana na posiedzeniu sekcyi kołomyjskiéj Tow. lek. gal.).

Do chorób, z któremi lekarz w praktyce prywatnéj dość rzadko się spotyka, należy niewątpliwie tężec, zazwyczaj przebiegający złośliwie i kończący się śmiercią. Stąd też zapewne pochodzi, iż prawie każdy lekarz, któremu udało się w swéj praktyce tężec wyleczyć, przypadek swój opisuje i do wiadomości szerszéj kół lekarskich podaje. W ostatnich czasach podano kilka przypadków wyleczenia tężca za pomocą injekcyj podskórnych pilokarpiny, i tak w r. 1886 Brünauer opisał przypadek wyleczenia tężca gośćcowego u 40 letniéj kobiety po 9 injekcyjach pilokarpiny po 0·02 *pro dosi et die*, na noc obok tego podawał chloral (*Centralblatt f. allgem. Therap.* str. 171) Hiller w r. 1887 poleca również injekcyje pilokarp. w tężcu (*Cent. f. Chirurg.*, Nr. 48). Dr. Cassati wyleczył aż trzy przypadki tężca urazowego podskórnemi injekcyjami pilokarpiny. Wstrzykiwał on co 2 godziny po 1 ctgr. w jednym przypadku przez 8 dni, w drugim przez 15 dni.

Przypadek, który wspólnie z kolegą Dr. Piaskiewiczem w r. 1889 w Kołomyi obserwowałem, był następujący: w d. 6 maja, zgłosił się do mnie J. K., 18 lat liczący, syn szewca, w Kołomyi zamieszkały, żaląc się na ból gardła i utrudnione połykanie oraz na porywanie głowy wstecz. Powstanie choroby przypisuje przeziębieniu, według podania bowiem rozgrzawszy się mocno przy piecu, wybiegł na dwór i położył się w ogrodzie na ziemi i wkrótce potem uczuł ból gardła i inne objawy wyżéj przytoczone. Badanie wykazało nieznaczne podniesienie ciepłoty ciała, zaczerwienienie gardła, przyczem przy ucisku na język żali się chory, że więcéj ust otworzyć nie może, bo go boli w stawach szczęki dolnéj. Zwróciwszy uwagę ojca chorego, iż z tego prawdopodobnie rozwinie się choroba groźniejsza, zaordynowałem wcieranie szaruchy w mięśnie karkowe i podszczękowe, płukanie gardła *cum kali chlorico*, kompres wysychający na szyję. Powtórnie wezwany zostałem do chorego w dniu 8 maja i zastałem go w wybitnych kurczach tetanicznych, mięśnie karku i grzbietu mocno stężone, grzbiet wygięty ku tyłowi, szczęki zaciśnięte tak silnie, iż ich otworzyć w żaden sposób nie można, ponad szczęką dolną z obu stron ślady przystawionych pijawek. Ciepłota ciała podwyższona 38·5°; chory żali się na ból w krzyżach i grzbiecie. Badanie organów wewnętrznych nie wykazuje żadnych nieprawidłowości, w jelitach tylko nagromadzenie kału. Stwierdziwszy tężec, którego rozpoznanie już żadnéj nie ulegało wątpliwości, poleciłem choremu chloral wewnętrznie i *Inf. Sennae*, zalecając dalsze stosowanie zaordynowanych poprzednio przez kolegę Piaskiewicza wcierań olejku lulkowego z chloroformem. Dnia następnego przy wspólnéj wizycie z tymże kolegą zastaliśmy chorego w stanie niezmienionym, bóle w grzbiecie i kurcze tężcowe występowały co chwila; chory leży z grzbietem w kabłąk wygiętym, ciało potem okryte, chory jęczy z bólów, ciepłota podwyższona 38·5, tętno 98. Na ciele nigdzie żadnéj rany nie znaleźliśmy i zgodziliśmy się na rozpoznanie tężca reumatycznego. Choremu zostawiliśmy na noc chloral i postanowiliśmy robić podskórne wstrzykiwania z pilokarpiny. Pierwszą injekcyję 0·02 zrobiłem zaraz; w 5 minut po zastrzyknięciu tętno szybsze 120 uderzeń na minutę, chory ślini się i odpluwa rzadką pienistą śliną, nieco późniéj wystąpił obfity pot na całem ciele. Poty i ślinienie miało trwać około godziny, poczem chory według podania ojca był spokojniejszy, ale mocno osłabiony. 10/5 druga injekcyja 0·02 pilokarpiny; zresztą stan ten sam. 11/5 oświadczył nam ojciec chorego, iż ponieważ poty i ślinienie po injekcyi chorego osłabiają, on na dalsze wstrzykiwania nie pozwoli. Jakkolwiek niechętnie, musieliśmy zgodzić się z wolą ojca i uradziliśmy choremu dać pilokarpinę wewnętrznie i zapisaliśmy *Natri bromat* 5·00, *Aq. dest.* 150·0, *pilocarp. muriat* 0·03 MDS. Co 3 godziny łyżkę, czego jednak chory nie zażył, podobno z porady cudzéj. Następnego dnia zastałem go w znacznie gorszym stanie, stężenie przeszło już na mięśnie ud tak, że chory leżał z wygiętym grzbietem i z skurczonemi nogami wijąc się z bólów wśród ciągle występujących kurczów tetanicznych. Poleciłem na razie zażywanie zaordynowanego leku z pilokarpiną, a gdy skutek był bardzo nieznaczny, rozpocząłem 14/5 na nowo podskórne injekcyje, wstrzykując w nogę lewą 0·02 *pilocarp. muriat.* 15/5 chory w porównaniu z dniem poprzednim ma się lepiéj, nowa injekcyja.

Od 16—20 chory brał po 1 injekcyi pilokarpiny à 0·02, bez znaczniejszego polepszenia. 21/5 obok injekcyi pilokarpiny, zamrożono grzbiet eterem, poczem ulga natychmiastowa, trwała jednak tylko godzinę. 22/5 z powodu mego wyjazdu nic nie robiono. 23/5 tężec wybitniejszy; po $^1/_4$ godzinnéj insuflacyi eteru wzdłuż grzbietu ulga natychmiastowa, chory może położyć się na wznak i nogi wyprostować. Ulga trwa jednak tylko $^1/_2$ godziny. 24/5 tężec grzbietu znaczniejszy, szczękościsk większy niż po injekcyjach pilokarpiny, zrobiłem więc injekcyję z 0·025. 25/5 z powodu wyjazdu zaordynowałem pilokarpinę wewnętrznie. 26/5 stan nieco lepszy; injekcyja pilokarpiny 0·025. 27/5 temp. 39·°, tętno 92. Tężec utrzymuje się w karku i grzbiecie, chociaż nasilenie jego mniejsze. Chory nieco głową z boku na bok porusza, nie może jéj tylko pochylić naprzód. W nocy nieco spał, stężenie mięśni udowych ustąpiło, pojedyncze napady drgawkowe rzadsze i mniéj wybitne. Wstrzyknąłem znów 0·025 pilokarpiny, przyspieszenie tętna, ślinienie i poty jak zwykle. 28/5 temp. 39·2, tętno 104. Tężec znacznie mniejszy, w płucu lewem w dole stłumienie odgłosu i rzężenia. Injekcyja pilokarpiny 0·02, wewnętrznie antifebryna z chininą aa 1·0 *in doses V.* 29/5 tężec ustępuje. Injekcyj pilokarpiny zaniechano, objawy nieżytowe w płucu lewem wybitne, polecono dalej chininę z antifebryną, zmianę położenia i *Inf. Ipecacuanhae.* 30/5 gorączka ustąpiła, objawy tężca znikają widocznie, kurcze tetaniczne występują od czasu do czasu, polecono do zażywania *Kali bromat. c. Natrio bromat.* aa 3·00 na 100 wody. 1/6 tężec ustąpił prawie zupełnie, chorego zastałem siedzącego na łóżku i zajadającego bułkę, przyczem ojciec trzyma mu głowę rękami, bo inaczéj, jak twierdzi chory, porywa mu ją jeszcze przy jedzeniu w tył. Po pokoju chory przechodził się z trudnością i to tylko przy pomocy ojca i siostry, nogi przytem są popod kolanami przykurczone. Odtąd chory szybko powracał do zdrowia, którem się do dzisiaj cieszy w zupełności. Jakkolwiek skutkiem niezbyt jednostajnéj obserwacyi i używania kilku środków leczniczych trudno stanowczo powiedzieć, że temu wyłącznie, a nie innemu środkowi wyleczenie przypisać należy, mojem zdaniem najprędzéj należy to zawdzięczać podskórnym injekcyjom pilokarpiny. Do przypuszczenia tego skłania mnie rzeczywista ulga i zmniejszenie nasilenia kurczów tetanicznych po injekcyjach tych, a pogorszenie każdorazowe, ile razy pilokarpinę usunięto.

Prócz niniejszego przypadku przypominam sobie z własnéj praktyki dwa przypadki tężca, jeden obserwowany w szpitalu w Zebrzydowicach u wędrownego rzeźnika, który pomimo stósowania chloralu, bromu, cieplych kąpieli, injekcyj morfinowych i t. p. i mimo najtroskliwszego doglądania chorego skończył się śmiercią. Drugi przypadek z zejściem śmiertelnem obserwowałem w Kołomyi; tym razem przyczyną był uraz, chory ślusarz z zawodu zmiażdżył sobie palec uderzeniem młota i takowy następnie zawinął szmatą namoczoną w karuku. Wezwany zastałem chorego w kurczach tężcowych, pomimo starannego oczyszczenia rany, pomimo amputacyi zmiażdżonego palca i stósowania wszystkich polecanych środków narkotycznych, chory umarł po kilku dniach. Kto wie, czy i w tych przypadkach injekcyje pilokarpiny nie byłyby zdołały uratować chorych?

VI. Oceny i sprawozdania.

Farmakologija.

Murray (Londyn): **Apocynum cannabinum, lek nasercowy.**

Roślina ta, konopie amerykańskie, już przepisana w farmakopei amerykańskiéj, rośnie w znacznych ilościach na polach; używa się tylko jéj korzenia, który jest bez woni, lecz nieprzyjemnego, gorzkiego smaku. Chociaż Schmiedeberg już w r. 1883 otrzymał z niéj dwa skuteczne ciała, apocynum i apocyneinę, okazujące własności podobne do naparstnicy, nie zwracano na nią uwagi w Europie, podczas gdy w Ameryce używano jéj głównie jako środka moczopędnego w puchlinach wodnych pochodzenia nerkowego. I Bradford badał doświadczalnie fizyjologiczne działanie nastoju wyskokowego (1:10), otrzymanego z korzenia téj rośliny i znalazł, że apocynum rzeczywiście działa na serce, a mianowicie w sposób zupełnie podobny, jak strofantus; u psów zwalnia i wzmacnia nastój apocyny, uderzenie serca, a napięcie skurczu serca powiększa się przy znaczniejszych dawkach aż do porażenia serca w skurczu. Natomiast nie spostrzega się skurczu tętnic, jak przy naparstnicy i dlatego stoi lek ten bliżéj strofantu, niż naparstnicy. Na zasadzie tych fizyjologicznych doświadczeń przystąpił Murray do klinicznego badania leku u chorych na serce w klinice prof. Ringera w londyńskim *University College Hospital* i znalazł, że nastój (5—10 ciu kropli co 3—4 godz.) reguluje w wadach zastawek sercowych szybko i pewnie czynność serca; po kilku dawkach zmniejsza się tętno z 120 uderzeń do 90 lub 80; słabe skurcze serca stają się mocnemi, znika sinica, duszność i istniejąca puchlina wodna wśród powiększonego wydzielania moczu. Nieprzyjemne działanie uboczne spostrzegał tylko w nielicznych przypadkach. W dwóch występowały po każdéj dawce wymioty tak, że musiano lek odstawić; w innych przypadkach ustawały wymioty po zmniejszeniu dawki (zamiast 10 tylko 5 kropli); u innego chorego powiększał środek ten już istniejącą biegunkę. Dalsze doświadczenia pouczą, w których przypadkach apocynum jest powołane do zastąpienia naparstnicy lub strofantus; w każdym razie wykazały niewątpliwie dotychczasowe badania, że mamy tu do czynienia z cennym lekiem nasercowym, zasługującym na szczegółowe badanie. (*Wien. med. Blätt.*, 1889, Nr. 43).

Dr. Baschkopf.

Prof. Stiller: **Kilka nowszych wskazań do użycia salicylanu sodowego.**

St. zwraca uwagę na kilka mniéj znanych, lecz bardzo ważnych działań salicylanu sodowego, który znacznie przyspiesza wydzielanie żółci i dlatego wskazanym jest do użycia przy kamykach żółciowych. St. przepisuje 4 razy dziennie po $^1/_2$ gr. w szklance wody sodowéj, dodając zwyle 0·01 *Extr. Belladonnae.* Daléj chwali St. salicylan sodowy jako bardzo dobry środek moczopędny przy zapaleniu opłucny wysiękowem (30 gr. dziennie). Także przy świeżéj rwie kulszowéj (*ischias*) i przy świeżych obwodowych porażeniach nerwu twarzowego oddawał mu salicylan sodowy świetne usługi. (*W. med. Presse* XXXI, 1890). *Dr. Süsskind.*

Chirurgija.

A. Gottstein (Berlin): **Lanolina sublimatowa jako środek przeciwgnilny.**

Stwierdzona przez Kocha okoliczność, że kwas karbolowy w oliwie lub wyskoku nie wywiera najmniejszego działania odrażającego, uczyniła wątpliwem uprawnienie używania środków przeciwgnilnych w innych postaciach, jak w rozczynie wodnym. Dla wielu stosunków jednak byłoby pożądanem inne zastosowanie n. p. w formie maści i dlatego przeprowadził G. w zakładzie farmakologicznym doświadczenia za pomocą lanoliny, któréj szczególne własności, mianowicie po pierwsze jej zdolność przyjmowania znacznych ilości wody, za pomocą której udaje się osiągnąć także z takiemi ciałami jednostajne mięszaniny, które same przez się w tłuszczach są nierozpuszczalne, a po drugie własność, że drobnoustroje jéj rozłożyć ani przeniknąć nie mogą, autora do tego skłoniły. Używał on do swych doświadczeń mięszaniny maści, zawierających karbol, tymol, mentol z lanoliną, wodę zawierającą, zmięszane w stosunku aż do 5-ciu; zawsze działały one przeciwgnilnie. Co do lanoliny sublimatowéj mógł stwierdzić, że ona zarówno odrażająco działa, jak rozczyn wodny sublimatu. Do doświadczeń służące maści przygotowywał G. w ten sposób, że dodawał do oznaczonéj ilości *lanolinum anhydricum*, zamiast odważonéj ilości wody takąż ilość rozczynu sublimatu 1:1000 lub 1:5000. Dla leczenia ran wynikały ztąd rozmaite zalety: po pierwsze potrzeba tylko bardzo małych ilości środka przeciwgnilnego, gdyż n. p. do przykrycia nawet zakażonéj powierzchni rannéj o niezbyt wielkich rozmiarach potrzeba 0·5 maści, t. j. 0·5 miligrama sublimatu. Do spłukania téj saméj rany jednak, jeżeli spotrzebował pół litra 1‰ rozczynu sublimatu, przepuścił pół grama środka przeciwgnilnego po powierzchni wsysającéj, to jest ilość tysiąc razy większą. Po drugie osiąga się za pomocą téj maści dokładniejsze zetknięcie się, niż za pomocą mało przyczepiającego się rozczynu wodnego, a po trzecie trwa działanie przeciwgnilne nie kilka chwil tylko, lecz jest

ono trwałem. W końcu można przez używanie téj maści równocześnie wyzyskać jéj własność jako ochronę, wstrzymującą przystęp powietrza. *(Ther. Monath.*, 1889, Nr. 3).

Dr. Baschkopf.

Dr. D. Kranzfeld (Odessa): **Nowa osteoplastyczna amputacyja nastopia.**

Dwunastego września zeszłego roku przywieziono do miejskiego szpitala w Odessie chorego, któremu spadła na lewą nogę skrzynia o znacznym ciężarze wywołała znaczne podbiegnięcie krwawe na grzbiecie tejże nogi i przez całą szerokość ciągnącą się po nad stawem Lisfranca ranę miażdżoną. Mimo przeciwgnilnego opatrunku przyszło do zgorzeli skóry od przedniéj strony aż po staw skokowy — od strony zaś wewnętrznéj na 4 cmtr. przed kostką. Na podeszwie zgorzel sięgała do przedniego brzegu kości piętowéj. Części miękkie oddzielały się strzępami, a po miesiącu odpadła część stopy w stawie Lisfranca. O zabliźnieniu się bez zabiegu operacyjnego nie było mowy, a najbardziéj nadającą się do tego przypadku byłaby osteoplastyczna amputacyja Pirogowa lub *amputatio sub talo* Malgaigne'a. Jednéj i drugiéj nie użył Kranzfeld chcąc w inny sposób w większéj części uratować co jest zdrowe, a nie spowodować skrócenia kończyny. Skóry do pokrycia całéj pozostałéj części było stanowczo za mało; trzeba więc było nie tylko oddzielić staw Choparta, t. j. kość łódkową i sześcienną, ale zarazem zmniejszyć grubość kości piętowéj i skokowéj w kierunku od góry ku dołowi. Po stronie kostki zewnętrznéj przecięto skórę, odpiłowano główkę kości skokowéj, dostano się w ten sposób do *sinus tarsi*, otwarto od zewnątrz staw między kością skokową a piętową, a następnie za pomocą piłki nożykowatéj i zwykłéj odpiłowano powierzchnię stawową, najprzód kości piętowéj, potem chociaż z trudnością za pomocą nożyka resekcyjnego i piłki nożykowatéj powierzchnię stawową kości skokowéj. W ten sposób staw między obiema zwyż wymienionemi kośćmi został zniesiony. Odświeżone brzegi skóry dały się z łatwością ku sobie przybliżyć, a przednia strona kości piętowéj została w części odpiłowana, przez to i płat podeszwy mógł łatwo kikut pokryć. Chory miał utrzymaną ruchomość w stawie skokowym, kończyna dolna nie była skróconą tak, iż po 2 miesiącach opuścił szpital bez żadnéj protezy. Hancock podał był podobną metodę z tą tylko różnicą, że do odpiłowanéj dolnéj powierzchni skokowéj przystosowywał tylny wyrostek kości piętowéj tak, że chory otrzymywał kikut jak przy Pirogowie, lecz ze zdrowym stawem skokowym.

Wprawdzie sposób Kranzfelda mógłby znaleźć zastosowanie w przypadkach gruźlicy, gdzie cierpienie nie tylko zajmuje kości śródstopia, ale i staw między kością skokową a piętową i oddałby wtenczas pewne usługi, więcéj zachowawczo lecząc niż Pirogow lub Malgaigne, jednak dostęp jest zbyt trudny i niedogodny, aby można być pewnym, że potrafi usunąć wszystko z części miękkich i kości, co jest gruźlicą dotknięte. W nielicznych tedy tylko przypadkach, do których zaliczyć trzeba ten pierwszy przez Kranzfelda operowany, w którym podał tę metodę, można myśleć o powtórzeniu jéj i wprowadzeniu w życie. *(Centralbl. f. Chir.).*

W. Fischer: **Przyczynek do etyjologii aktynomykozy.**

W jaki sposób promienica dostaje się do organizmu ludzkiego, jest rzeczą sporną. Wprawdzie Baumgarten twierdzi, że grzybek ten rozwija się na roślinach, szczególniéj w zbożu i tą drogą do ustroju dostać się może. F. na poparcie tego przytacza przypadek, w którym robotnik gryząc ziarnko żyta, wbił sobie je w koniec języka, a w 8 dni potem dostał się do kliniki, gdzie stwierdzono drobnowidowo na pewno promienicę. Chory ów stanowczo zaprzeczał, jakoby miał z bydłem do czynienia, a jako jedyną przyczynę podawał owo utkwienie ziarnka żyta w języku, które przy badaniu promienicę okazywało. Czy to jest rzeczą tylko przypadku, czy też rzeczywiście promienica hoduje się na roślinach zbożowych, to pozostaje do rozstrzygnięcia, a zwyż opisany przypadek mógłby do tego zachęcić. *(Centralblatt für Chir.).* *Dr. Łepkowski.*

Choroby kobiece.

Dr. Frommel (Erlanga): **Dwa rzadkie przypadki wrodzonych zboczeń narządów płciowych kobiecych.**

Przeszłéj zimy w klinice w Erlandze badano 2 kobiety z wrodzonemi zboczeniami części płciowych na niezupełnem rozwinięciu się płodowem polegających. Pierwsza, 20-stoletnia sługa miała: *uterus unicornis rudimentarius cum rudimento cornu alterius, defectus vaginae.* Dotychczas nie miesiączkowała, ale od 3 lat regularnie co miesiąc dostaje silnych bólów kłujących w brzuchu i na to cierpienie szuka pomocy. Dziewczyna ta pod względem cielesnym dobrze rozwinięta, gruczoł piersiowy zupełnie normalny, porost wzgórka łonowego jako też srom nie przedstawia na pierwsze wejrzenie żadnych zmian. Błona dziewicza cała, ale po za nią ślepo zakończona płytka szpara. Kombinowane badanie *per rectum* stwierdza w połowie miednicy ciało obłe, twarde, wielkości orzecha włoskiego. Jest to mała nie wykształcona macica. Jajniki naturalnéj wielkości dają się dobrze wyczuć. Zamiast pochwy czuje się twardy sznurek. Przyczyną bólów peryjodycznych nie może być co innego, jak tylko regularna owulacyja dobrze rozwiniętych jajników. F. zaproponował dziewczynie kastracyję z wycięciem macicy, którą rzeczywiście metodą Trendelenburga szczęśliwie wykonał. Macica wielkości dużego orzecha miała kształt gruszkowaty. Jama jéj wewnętrzna nie była większą od soczewicy. Jajowody karłowate w kształcie sznurków niedrożne. Lewy z macicą nie połączony, któréj odpowiedni róg zanikły. Jajniki dojrzałe zawierały torebki Graafa i *corpora lutea.* Brak zupełny pochwy. Operowana po 3 tygodniach zupełnie uzdrowiona opuściła klinikę. Podobne przypadki opisali przedtem Langenbeck, Kleinwächter i Schröder, lecz brak pochwy w tym przypadku przedewszystkiem na uwagę zasługuje.

Drugi przypadek przedstawiał *Defectus perinei cum incontinentia ani.* Dziewczyna 21-letnia od dziecka nie mogła utrzymać stolca. Matka jéj, która pewne zmiany zewnętrznych części płciowych już przy urodzeniu spostrzegła, lekarzy się dotychczas nie radziła, a dziś chciałaby tylko wiedzieć, czy dorosłą już dziewczynę można wydać za mąż. Dziewczyna dobrze rozwinięta, miesiączkuje regularnie od 15 roku życia. Łechtaczka jako też wargi normalne, błona dziewicza utrzymana. Tylna komisura warg i pochwy przy braku więzadełka przechodzi bezpośrednio w kiszkę stolcową. Międzykrocza zupełny brak. Otwór stolcowy otwarty tak, iż 2 palce wygodnie można weń włożyć. Działanie zdziergacza prawie żadne. Frommel nie mógł znaleźć w literaturze podobnego przypadku. Zaproponował utworzenie sztucznego międzykrocza, które też rzeczywiście metodą plastyczną Lawsona-Taita wykonał. *(Münch. med. Wochenschrift* 1890, Nr. 15).

Prof. Schauta (Praga): **Leczenie osteomalacyi za pomocą kastracyi.**

Dotychczas nieudało się jeszcze nauce lekarskiej wyjaśnić bliższych przyczyn procesu osteomalakicznego. Stoimy też pod tym względem na tem samem miejscu, jak przed laty, bo twierdzenia Winckla i Baumanna, iż pasorzyt odgrywa tu także pewną rolę, na seryjo dziś już brać nie można. Ostatnie dwa lata naprowadziły nas na prawdziwą zdaje się drogę, w kierunku któréj idąc może uda się rozwiązać zagadkę.

Fehling zauważył, iż u kobiet osteomalakicznych, które przechodziły operacyję Porry, proces chorobowy się zatrzymywał i daléj nie postępował. Zastanawiając się nad tem zjawiskiem, przypuszczał, iż usunięcie jajników, a zatem wstrzymanie życia płciowego, zdaje się tak korzystnie na przebieg chorobowy wpływać. Temi myślami powodowany pierwszy wykonał ooforektomiję w rozpaczliwym przypadku osteomalacyi. Skutek odpowiedział oczekiwaniu, a chora, która przez cały rok łóżka opuścić nie mogła, wyzdrowiała. Przypadek ten ogłosił Fehling w r. 1888 i znalazł wkrótce naśladowców. Winckel, Müller i Hoffa przyklaskiwali nowemu leczeniu Fehlinga. Rozumie się samo przez się, iż operacyja tylko dalszy rozwój choroby wstrzymuje, t. j. tkankę kostną wzmacnia, istniejących jednak już deformacyj do pierwotnego stanu nie przyprowadza. Schauta przytacza w dalszym ciągu opis ze znakomitym wynikiem operowanego przez siebie przypadku. Młoda kobieta po ostatnim połogu półtora roku musiała przeleżeć w łóżku z powodu bólów i rozmiękczenia całego systemu kostnego. Kastracyja zrobiła swoje. Kości nabrały naturalnéj twardości, bóle ustąpiły, a pacyjentka zupełnie wyzdrowiała. Jaki wpływ życie płciowe na przebieg téj cho-

roby mieć może, trudno orzekać; musianoby walczyć samemi teoryjami. Na dziś niech medycynie wystarczy świadomość, iż kastracyja jest znakomitym środkiem przeciw cierpieniu, które w wielu przypadkach wszelkiemu lekowaniu uparcie się opierało. (*Wien. med. Woch.* 1890, Nr. 19).

Dr. Mendelsburg.

Choroby dzieci.

Escherich: W sprawie reformy sztucznego żywienia oseskó w.

Obecnie powszechnie używany sposób Biederta polegał na badaniach tego autora nad różnicą między mlekiem kobiecem i krowiem, według których powstające podczas sztucznego żywienia zaburzenia są następstwem trudnéj strawności i własności drażniącéj ściany jelit sernika krowiego. Dla tego starał się Biedert przez rozcieńczenie mleka krowiego do jednoprocentowego roczczynu sernika ograniczyć ilość, jakąby dziecko w najkorzystniejszym przypadku przyjąć mogło, do nieszkodliwéj najmniejszéj ilości, stojącéj jeszcze poniżéj ilości białka, spożytego przez oseska. Podczas gdy sposób ten zwrócił uwagę jedynie na cel, zaniedbał on, a nawet przeszkodził uwzględnianiu innych okoliczności, mających daleko większe znaczenie dla skutecznego wyniku sztucznego żywienia: zawartości zarodków i spraw kiśnienia w nieodpowiednio przechowywanem mleku krowiem, zastosowywania ilości i wielkości pożywienia do stosunków żołądka dziecięcego, doprowadzania w dostatecznéj ilości i stosunku pokarmów, wreszcie szkodliwego wpływu wprowadzonéj z pokarmami wody na trawienie i wymianę materyi. Przez zasadę Soxhleta sterylizowania pojedynczych porcyj i tablicę Pfeiffera spotrzebowanych przez oseski ilości i objętości pokarmów jesteśmy w stanie przynajmniéj w formalnym stosunku pogodzić żywienie sztuczne z naturalnem i podać przepis żywienia, które równocześnie osiąga Biederta zamiar ograniczania sernika, a nie posiada ujemnych stron z jego sposobem połączonych. Przeprowadzenie téj metody, którą E. w przeciwieństwie do odsetkowéj Biederta nazywa wolumetryczną, odbywa się najodpowiedniéj za pomocą przyrządu według zasady Soxhleta z mierzonemi flaszeczkami do ssania. Jeżeli przyrządy te dla uboższéj ludności obecnie jeszcze są za drogie, to przynajmniéj należy starać się o ogólne rozpowszechnienie flaszeczek do ssania, podzielonych na centymetry sześcienne lub równocześnie jeszcze na objętości pokarmów, przezco publiczność nabierze zmysłu do oznaczania miary, a lekarz będzie mógł przy przepisach dla oseska zdrowego i chorego uwzględnić także objętości pożywienia. (*Wien. klin. Woch.*, 1889, Nr. 40).

Dr. Baschkopf.

Aufrecht: O porażeniu połowiczem dzieci wśród przebiegu zapalenia włóknikowego szczytów płuc.

Porażenia połowicze, które zdarzają się podczas zapalenia płuc u dorosłych, w dwojaki sposób dotąd tłomaczono. Lépine przypuszczając, że takie porażenia tylko u starców się zdarzają, wnosi, że są one następstwem zwyrodnienia miażdżycowego naczyń mózgu. W prawidłowych warunkach mózg z naczyniami miażdżycowo zwyrodniałemi dosyć otrzymuje krwi, ponieważ serce przerosłe dostateczną ilość krwi do mózgu wpędza. Podczas zapalenia płuc następuje osłabienie serca, a prócz tego zapalenie płuc wywołuje skutkiem odruchu na mózg niedokrewność takowego, a ztąd porażenie połowicze. Stephan znów nie przyjmuje tłomaczenia powyższego, ponieważ porażenie połowicze zdarza się także u osób młodszych, u których z największą pewnością miażdżycę tętnic wykluczyć można i przypuszcza, że przyczyną téj hemiplegii jest jakiś ptomain, który skutkiem pneumonii powstaje, a ten wspólnie z odruchem od płuca zapaleniem dotkniętego wywołuje w przeciwnéj połowie mózgu niedokrewność, a ztąd porażenie połowicze. A. przytacza 2 przypadki porażenia połowiczego dzieci, które wystąpiły w przebiegu zapalenia płuc i inną podaje przyczynę takowego. Ponieważ w obu przypadkach hemiplegija szybko ustąpiła, przeto sądzi, że przyczyną jest obrzęk tkanki mózgowéj. Umiejscowienie się zapalenia płuc ważną tu odgrywa rolę. W obu przypadkach przez A. obserwowanych zapalenie płuc miało miejsce w szczytach, a i u dorosłych przedewszystkiem zdarzają się porażenia połowicze, gdy istnieje zapalenie szczytów. Zapalenie zaś szczytów płuc o tyle wpływa na obrzęk mózgu, o ile utrudnionym jest odpływ krwi żylnéj z mózgu do serca skutkiem ujemnego parcia wdechowego w wśródpiersiu. Bezpośredniem zatem następstwem utrudnienia odpływu krwi jest wysięk cieczy przesączynowéj z naczyń do istoty mózgu. (*Archiv f. Kinderheilkunde* XI, p. 241).

Dr. Süsskind.

Choroby weneryczne.

J. Neumann (Wiedeń): Przyczynek do znajomości kiły dziedzicznéj.

N. spostrzegał 109 przypadków kiły dziedzicznéj, których mógł użyć dla rozstrzygnięcia pytania o stosunku kiły ojca, matki i o jéj wpływie na płód i doszedł do następujących wniosków: 1. Matka kiłą dotknięta może w każdym okresie zakażenia tak przed jak i po zastąpieniu przenieść chorobę na potomstwo. 2. Po zastąpieniu nabyta kiła matki przechodzi niekiedy na płód; rzadsze jest przeniesienie choroby na dziecko, gdy kiłę nabyto na pewno dopiero po zapłodzeniu, a najrzadziéj, jeżeli zarażenie matki nastąpiło dopiero w ostatnich miesiącach ciąży. 3. Jeżeli zakażenie matki nastąpiło po zapłodnieniu i jeżeli ojciec podczas płodzenia miał kiłę, wtedy wpływ na potomstwo jest o wiele silniejszy; dzieci obumierają już w macicy, lub przychodzą z kiłą na świat. 4. Kiła nabyta w ostatnich miesiącach ciąży często nie przechodzi na płód. 5. Jeżeli zarażenie i zapłodnienie równocześnie nastąpiło, to w połowie przypadków dzieci giną. — Uwagi godną rzeczą zawsze jest, że wielka ilość płodów zostaje wolną od kiły mimo, że kiła u rodziców podczas zastąpienia istniała, a więc niesłusznem jest twierdzenie, że nigdy nie może urodzić się zdrowe dziecko, jeżeli oboje rodzice w czasie płodzenia byli kiłowymi, tém mniej to twierdzenie, że tylko wtedy rodzą się zdrowe dzieci, jeżeli kiła rodziców trwa przynajmniéj 7 lat. 6. Przy zarażeniu przed zapłodzeniem należy uwzględnić czas, w jakim zastąpienie nastąpiło i im bardziéj ono jest oddalone od chwili zarażenia, tém pomyślniejsze jest rokowanie dla potomstwa 7. Najwięcej widoków nieodziedziczenia kiły mają ci potomkowie, których matki nabyły kiłę dopiero w ostatnich miesiącach ciąży, a których ojciec w czasie płodzenia był zdrów a najmniej widoków, jeżeli zastąpienie i zarażenie równocześnie nastąpiło, albo jeśli ojciec podczas płodzenia miał świeżą kiłę. 8. Te spostrzeżenia tłomaczą także sprawę kiły ojcowskiej, ponieważ te przypadki, w których ojciec podczas płodzenia miał kiłę, matki dopiero po zastąpieniu się zaraziły a płody wkrótce po zarażeniu zmacerowane na świat przyszły, wskazują niebezpieczeństwo kiły ojcowskiéj. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1889, zeszyt 2).

Ch. Mauriac: O rozpoznaniu i rokowaniu w zapaleniu jąder syfilitycznem.

M. rozróżnia dwie postacie: *Orchitis sclero-gummosa* i *gummo-sclerotica*. W pierwszéj obrzmiewa jądro do wielkości jaja kurzego, jest j dnostajnie twarde, jakby z drzewa, o powierzchni gładkiéj albo nieznacznie tylko nierównéj. Obrzmienie to, najczęściéj obustronnie występujące, nie jest bolesne. Zasługuje tu na uwagę *Lymphadenoma testis*, jako też rak, które jednak dość łatwo można wykluczyć z powodu najczęściéj jednostronnego usadowienia, jako też braku innych objawów kiły. W drugiéj postaci, t. j. *Sarcocele gummosclerotica*, rozwija się na guzie na przedniéj powierzchni jądra kraterowate owrzodzenie, wydzielające ciecz surowiczą. Tem, jako też zajmowaniem tylko samego jądra, odróżnia się ta postać od gruźlicy jąder, która prawie zawsze zajmuje także przyjądrze, przewody nasienne i gruczoł krokowy. Kiła jąder zwykle nie sprowadza cięższych następstw dla ogólnego stanu ustroju. Co się tyczy zdolności płodzenia, to ta tylko rzadko ulega zmianie i to wtedy mniéj wskutek zaniku miąższu jąder, który prawie nigdy nie bywa zupełnie zniszczony, ale częściéj wskutek kilaka, który plemnikom tamuje drogę do pęcherzyków nasiennych. Pewnéj liczbie przypadków tego rodzaju azoospermii przywrócono w zupełności płciową funkcyję za pomocą leczenia przeciwkiłowego. (*Gaz. des hôpit.*)

Dr. Baschkopf.

Choroby umysłowe.

Prof. Dr. Kirn (Freiburg): **Zboczenia umysłowe na tle influenzy.**

Psychozy występujące w przebiegu ostrych chorób zakaźnych mają za podstawę: 1) pierwiastek trujący odpowiedniéj bakteryi; 2) gorączkę i zmienione skutkiem niéj krążenie w mózgu; 3) niedostateczne odżywienie narządu nerwowego. Wszystkie te czynniki przyczyniają się do zboczeń funkcyi kory mózgowéj, które w różnéj postaci nietylko w ciągu istnienia podstawowego zakażenia, ale i w okresie rekonwalescencyi wystąpić mogą.

Ostatnia epidemija influenzy przekonała nas, że i ona w tym kierunku wyjątku nie stanowi, a choć rzadko, była powodem obłędów i to częściéj u kobiet jako u istot bardziéj do zboczeń nerwowych skłonnych. Obłędy te nazywa autor prawdziwemi, jeżeli występowały u osób dotychczas w kierunku nerwowym zupełnie zdrowych, wrzekomemi albo ukrytemi, jeżeli influenza tylko przyczyniła się do posunięcia stanu umysłowego na drodze neuropatycznéj ku bardziéj wyrazistym formom obłąkania u osób już nerwowo nie zdrowych. Autor nie ma na myśli majaczeń gorączkowych, które towarzyszyły wielu silniejszym napadom, ale mówiąc o psychozach influenzy, ma na myśli rzeczywiste obłędy w kierunku zwiększonéj pobudliwości lub depresyi władz umysłowych Dwa przypadki poronne opisują Kisch i Becker. W 1-ym kilka godzin trwająca psychoza rozpoczęła, w 2 gim zakończyła cały obraz chorobowy. K. opisuje w dalszym ciągu swéj rozprawy przypadek ostrego obłędu (*mania acuta*), który towarzyszył influenzy przez prawie cały czas jéj trwania, t. j. całych 24 dni. Z jéj ustąpieniem, ustąpił i obłęd. Choroba rozpoczęła się wybitnie od objawów panującéj epidemii, a zboczenia psychiczne przyłączyły się w 4-tym dniu jéj istnienia t. j. w dniu najwyższéj ciepłoty. Zupełnie podobny przypadek opisał Pick z Pragi (*Neurolog. Centralblatt*, Nr. 4). I w jego przypadku mania wystąpiła na szczycie gorączki i towarzyszyła chorobie aż do końca tj. dni 14. Bredzenie ciągłe, znaczna egzaltacyja, niepokój umysłowy i mięśniowy, zwidywania i omamy, manija prześladowcza — oto objawy, które w obydwóch przypadkach na pierwszy plan występowały. (*D. m. W.*, 1890, Nr. 9). *Dr. Mendelsburg.*

Prof. Krafft-Ebing (Wiedeń): **O leczeniu chorób umysłowych.**

W końcu swego wykładu wstępnego zwraca K. uwagę na tę niestety stwierdzoną okoliczność, że na dwustu dorosłych ludzi w państwie cywilizowanem przypada jeden umysłowo chory. Trzechsetna część dochodów narodu obracaną bywa rocznie na pielęgnowanie i leczenie obłąkanych. Mimo to panują wśród publiczności, nawet między wykształconymi, najdziwaczniejsze zapatrywania o zakładach dla obłąkanych Doświadczenie poucza, że jest rzeczą nadzwyczaj ważną, żeby umysłowo chorego wcześnie poddać odpowiedniemu leczeniu. Statystyka wschodnio-pruskiego zakładu dla obłąkanych w Allenbergu poucza, że z obłąkanych niższych stanów 56%, zaś z umysłowo chorych warstw wyższych tylko 16% zostaje wyleczony. Przyczyna leży w tem, że ludzie wyższych stanów niczego więcéj się nie obawiają, niż zakładów dla obłąkanych, dopóki tylko mogą, przebywają w zakładach hydropatycznych i w zdrojowiskach, gdzie oczywiście nie zostają wyleczeni, lecz natomiast choroba coraz bardziéj się pogarsza. Zadaniem psychijatrów jest w pierwszym rzędzie leczenie chorób umysłowych; jest ono jednak często nadzwyczaj trudnem zarówno z przyczyn wewnętrznych jak i zewnętrznych. Przyczyny wewnętrzne leżą w przyrodzie samych chorób. W bardzo znacznéj liczbie przypadków chorobowych, blisko w 60%, mamy do czynienia z usposobieniem, ze skłonnością wrodzoną. Mimo to nie powinniśmy tracić nadziei i starać się tam nieść pomoc, gdzie nędza i potrzeba jest największa. Powinniśmy zwrócić głównie naszą uwagę na niestety obecnie jeszcze bardzo zaniedbane leczenie zapobiegawcze, nie cieszące się jeszcze dostatecznem uznaniem. W 20% przypadków nabawiły się ofiary jedynie tylko przez nieumiarkowanie w piciu téj strasznéj choroby, a w 30% przypadków można stwierdzić nałóg pijaństwa jako przyczynę pomocniczą. Dobre chęci towarzystwa, czy to w postaci przepisów, czy też ochotniczych towarzystw, mogłyby najskuteczniej sprzyjać zapobiegawczo. Niestety przedstawia się sprawa ta obecnie bardzo smutno; panuje zły czas i jeżeli obecne stosunki bez przeszkody daléj trwać będą, wtedy zaiste musimy się bardzo obawiać o umysłowy, moralny i cielesny dobrobyt naszych następców. Poprzednik mowcy (prof. Leidesdorf) już dawno poznał bystrym swoim wzrokiem to smutne położenie i w swym dopiero niedawno wypracowanym memoryjale o przepisach przeciw pijaństwu zwrócił uwagę na złe w tym kierunku, jakoteż na możebność jego polepszenia. (*Wien. med. Blätt.* 1889, Nr. 43).

Prof. T. Meynert (Wiedeń): **O przyczynach i leczeniu zadumy.**

Najważniejszą przyczyną zadumy jest osobiste ukształtowanie, usposobienie; zewnętrznym wyrazem są tak zw. objawy zwyrodnienia, których najważniejszym jest czaszka hydrocefaliczna i czaszka mała. Usposobienie dziedziczne posiada wielkie znaczenie w postaciach tak zw. okresowych. Pomiędzy przyczynami umysłowemi odgrywa najważniejszą rolę smutek, następnie przeciążenie pracą umysłową. Dalszemi przyczynami mogą być sprawy zakaźne, jak dur, zimnica, następnie trucizny metaliczne, wyskok. Wpływy nieprawidłowéj mięszaniny krwi i chery, przedewszystkiem gruźlica, niedokrewność, blednica, wyniszczenie stoją w związku przyczynowym z zadumą. Co do leczenia, sądzi M, że zakład dla obłąkanych wcale nie należy do swoistych środków w leczeniu chorób umysłowych, jak się używa chininy lub arszeniku przeciw zimnicy. Zakład jest raczéj zabezpieczeniem się przeciw niebezpieczeństwu grożącemu ogółowi ze strony tych chorych. M. jednak twierdzi, że wszystkie twierdzenia o niebezpieczeństwie, grożącem drugim ze strony melancholików, jakoteż skargi, że mają popęd, aby siebie samych dręczyć, aby wyrządzać krzywdy osobom przez siebie ukochanym, są teoretycznemi przypuszczeniami. Melancholik nienawidzi siebie samego i tylko siebie chce zniszczyć. Innych wcale nie nienawidzi i nie ma przyczyny do ich krzywdzenia. Zmiana miejscowości jednak wcale nie jest identyczną z zakładem dla obłąkanych, który jest tylko wskazany celem zapobieżenia samobójstwu melancholika. Wskazanie zakładu może leżeć obok samobójstwa także w uporczywem nieprzyjmowaniu pokarmów. Żywienie sztuczne odbywa się przez wprowadzenie sondy połykowéj przez nos (mniéj poleca się przez usta). Wprowadzenie to może stać się niebezpiecznem wskutek dostania się cewy do krtani lub części pokarmów przez trąbkę Eustachijusza do ucha środkowego. Najdokładniéj i najskuteczniéj odbędzie się także żywienie w zakładzie. Ponieważ téj chorobie towarzyszy podwyższenie parcia tętniczego, dla tego wskazane jest leczenie hydropatyczne, mianowicie długotrwające letnie kąpiele o 27° do 28° R., które obniża napięcie tętna; dobrze także działają lekkie wstrząśnienia głowy za pomocą natrysków. Wskazane są leki, dążące do wewnętrznego obniżenia parcia krwi, a więc azotyn amylowy, chinina, salicylan sodowy, antipyryna, antifebryna, fenacetyna i salol; następnie wyskok, jak koniak łyżeczkami kilka razy dziennie; morfina, bromek sodu, jako środek nasenny sulfonal 1—3 gr. w nocy. (*W. kl. W.*, 1889, Nr. 42). *Dr. Baschkopf.*

Notatki lecznicze.

† Dr. Lewentaner z Konstantynopola podaje, że udało mu się ocalić sześcioro dzieci zrzędu w wieku od 10—18 miesięcy, chorych na ciężką ospę w następujący sposób: Robi się maść z krochmalu i olejku słodkich migdałów, dodając do tego 3% kwasu karbolowego lub salicylowego. Z tak przyrządzonéj masy robi się maskę, pozostawiając otwory dla oczu, nosa i ust i wkłada się ją na głowę, pokrywając twarz i szyję. Równocześnie pędzluje się tułów i odnogi następującą mięszaniną: gliceryny 70 grm., krochmalu 30 grm., kwasu salicylowego 3 grm. Przy takiem leczeniu krosty nie pękały, gorączki prawie nie było, przebieg chorobowy od wystąpienia wysypki do odpadania strupów wynosił 12—13 dni, blizny nie powstały. Wewnętrznie podawał autor co 15—30 minut następującą zawiesinę: olejku migdałowego 15 grm., olejku pomarańczowego 30 grm., wody wawrzyno śliwowéj 10 grm., chlorku chininu 0·3 gram. (*Therapeutische Monatshefte*, 1889). *A. W.*

Przed 2-ma laty polecił prof. I. Mering wodnik amylenu jako najpewniejszy środek nasenny, który nie sprowadzając nieprzyjemnych następstw ubocznych, nie osłabia czynności serca. Najodpowiedniéj jest zażyć ten środek w piwie: *Rp. Amylen. hydrat.* 20·0. D. S. Wieczorem 1 łyżeczkę od herbaty (4—5 gr.) w małéj szklance piwa. Dawka sen sprowadzająca wynosi 3—4 gr., M. jednak podawał w ciężkich stanach podrażnienia 6—7 gr. *pro dosi* bez szkody i z dobrym skutkiem. Laves podaje następujące swoje wyniki: 1. Wodnik amylenu jest bardzo pożytecznym środkiem nasennym, który w 2—3-krotnie większéj dawce niż chloral podawać należy. 2. Działa nieco mniéj pewnie, niż wodnik chlorolu i morfina. 3. Nieprzyjemne przypady (pobudzenie, zajęcie głowy) spostrzegano bardzo rzadko, niebezpieczne nigdy. 4. Przyzwyczajania, względnie ustania działania w przeciągu 3 miesięcy nie spostrzegano. 5. Częściej niż po innym środku nasennym spostrzegano głębokie i orzeźwiające działanie sprowadzonego snu.

Przepisy dawniejszych i nowszych leków przeciw bezsenności: *Rp. Amylenhydrat 7·0, Aq. destill. 60·0, Extr. Liquir. 10·0 M. D. S.* W nocy przed spaniem połowę zażyć (Mering). *Rp. Amylenhydrat 5·0, Mucill. gamm. arab. 20·0, Aq. dest. 50·0 M. D. S.* Do lewatywy (Scharschmidt). *Rp. Amylenhydrat 2·0—4·0, Vini rubri 30·0—40·0, Sacch. alb. 5·0—10·0 M. D. S.* Na raz wyżyć (Jolly). *Rp. Amylenhydrat. 7·0. Aq. dest. vel menth. pip. 40·0, Syr. Rub. id. 30, Ol. menth. pip. gttm 1 M. D. S.* W nocy połowę zażyć (Gürtler). *Rp. Cannabin. tannic. 1·0, Sacch. alb. 2·0, Mfp. div. in p. aeq. IV. S.* Przed spaniem 1—2-ch proszków. *Rp. Extr. Cannab. ind., Herb. Cannab. ind. pulv. āā 3·0 (!) Mfpill No 5·0, Consp. Lycop. S.* 4. pig. na raz zażyć (Frohnmüller). *Rp. Chloralamid 2·0—3·0, d. t. d. No V. S.* W opłatkach albo winie 1 pr. zażyć. *Rp. Chloral. hydr. 5·0, Aq. dest. 10 M. D. S.* 1 łyż. od kawy w szklance piwa. U starszych ludzi z miażdżycą tętnic należy rozpocząć od małych dawek 0·5. *Rp. Chlor. hydr. 3·0, Kal. brom. 5·0, Aq. dest. 100·0, Syrup. Aur. 50·0. S.* 1/3 w nocy zażyć. *Rp. Chloroform 2·5, Subige c. Syr. Sacch. 10·0. S.* Zakłóciwszy co godz. łyżeczkę. (W bezsenności starczéj, gdzie makowiec przeciwwskazany). *Rp. Kal. brom., Natr. brom. āā 8·0, Ammon. brom. 4·0, Aq. dest. 200. S.* 3 razy dz. p. 1 łyżce. *Rp. Kalii brom. 0·25, Castor. Canad 0·06—0·12, Sacch. alb. 0·3, Mfp. disp. t. d. Nr. 10, D. ad chart. cer. S.* 3 r. d. 1 pr. Przeciw bezsenności nerwowej (Leyden). *Rp. Methylal. 8·0, Aq. dest. 110·0, Syr. Ribium 40·0. S.* Na noc 1 łyżkę *Rp. Paraldehyd 4·0—6·0, Aq. dest. 100·0, Syr. simpl. 10 S.* 1/2 na raz. *Rp. Phenacetini 0·5—1·5, D. t. d. VI. S.* W nocy 1 pr. *Rp. Sulfonal 1·0—2·0. D. t. d. No V. S.* W nocy 1 pr. w opłatku. *Rp. Urethan. 6·0, Aq. d. 60·0 S.* W nocy 1—2 łyżek. (*D. med. Woch.* 1889, Nr. 30).

Zczernienie siwych włosów po jaborandzie. W. Prentiss (*Ther. Gaz.*, 1889, Nr. 4) opisuje kilka przypadków, w których podczas używania płynnego wyciągu jaborandy włosy czarno się zabarwiły. Szczególnie ciekawy jest następujący przypadek: 72 letnia chora z marskością nerek dostała przeciw męczącemu swędzeniu skóry *extr. fluid. jaborand.* 20—30 kropel kilka razy na dzień. Włosy choréj były śnieżno-białe. W jakiś czas potem brwi jakoteż pojedyncze miejsca włosów na głowie zabarwiły się ciemno-czarno.

Zabieg celem usunięcia kurczu oddechowego w krztuścu. Według O. Naegelego w Ermatingen jest koklusz ogólną chorobą zakaźną, usadowiającą się w krtani, a cechującą się jako nerwica odruchowa nerwu krtaniowego górnego. Kurcz oddechowy jest najprzykrzejszym i w swych następstwach najniebezpieczniejszym objawem choroby, przeciw któremu powinno się zwrócić w pierwszem miejscu leczenie. N. starał się więc, w podobny sposób jak Kappeler, w ustaniu oddychania podczas uśpienia chloroformowego za pomocą zabiegu Heiberga (zwichnienie szczęki dolnéj ku przodowi i ku dołowi) przezwyciężyć zamknięcie dróg oddechowych, powstałe przez tężcowy kurcz wszystkich mięśni krtaniowych. N. dochodzi do następujących wniosków: 1) kurcz oddechowy w krztuścu można tym sposobem łatwo i pewnie usunąć; 2) rodzice, posługaczki i starsze rodzeństwo mogą zabieg ten każdego czasu łatwo wykonać; 3) zabieg choremu nie sprawia bólu i nigdy nie może szkodzić, należy go jednak unikać, jeżeli usta dziecka są wypełnione pokarmami; 3) regularne usuwanie napadów wywiera korzystny wpływ na przebieg i leczenie choroby wogóle; 4) zapobiega się tym sposobem powikłaniom i zmniejsza się znacznie śmiertelność; 5) tym zabiegiem można często także kaszel kurczowy powstały z innego powodu, znacznie złagodzić i skrócić. (*Münch. m. W.*, 1889, Nr. 43).

Jambul w sztucznéj moczówce cukrowéj. Syzygium Jambolanum jest drzewem rosnącem w Azyi, którego łyka i owoców używają tam przeciw moczówce; także w Europie (Schuchardt) polecają jambul przeciw téj chorobie. Dlatego C. Graeser w Bonn doświadczał w pracowni Binza (*C. f. kl. Med.*, Nr. 28) działania wyciągu jambolu w sztucznie u psów za pomocą florydzyny sprowadzonéj moczówce. Wobec dodatnich wyników u zwierząt twierdzi G., że wartoby doświadczać jambolanum także w téj chorobie u ludzi. *Dr. Baschkopf.*

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Dr. Sergiusz Bubnow: **O przepuszczaniu promieni słonecznych, chemicznie działających, przez suknie.** Materyje służące nam na ubrania tak złożone z włókien zwierzęcych jak i roślinnych, przepuszczają promienie słoneczne, działające chemicznie. Jeżeli są niezabarwione, przepuszczają je w wyższym stopniu; czarne materyje *caeteris paribus* mniéj ich przepuszczają. Stosunek ten przepuszczania dla promieni słonecznych nie odpowiada stosunkowi przepuszczania ich dla powietrza; zależy on głównie od barwy materyi, od jéj grubości i na pozór mało się zmienia pod wpływem źródła promieni działających chemicznie i przepuszczają one jednakowo, czy promienie pochodzą od rozprószonego światła dziennego, czy też wprost od słońca. Dlatego helioterapeuci mylnie postępują, polecając nakrywać chore członki wystawione na słońce fijoletowemi tkaninami, jami niezabarwionemi i delikatnemi. Podobnież i suknie w krazamiast ich wcale nie nakrywać, albo przynajmniéj materyjach gorących są właściwsze nie białe, tylko farbowane, cienkie, a przynajmniéj białe z podszewką czarną, gdyż białe materyje mogą ochraniać przed insolacyją, a podszewka przed działaniem chemicznem promieni słonecznych. (*Archiv f. Hygiene*, Bd. X., Heft 3).

Dr. H. Bitter: **Doświadczenia nad pasteryzowaniem mleka.** Za pomocą mleka mogą się przenosić grzybki duru i cholery od ludzi, a od zwierząt gruźlica, skoro 40—50% mleka pochodzącego od krów perliczych zawiera prątki gruźlicze. Oprócz tych mogą się zwłaszcza w porze gorącéj rozwijać w mleku inne grzybki niechorobotwórcze, które sprowadzając nieprawidłowy rozkład treści jelit u dzieci, jakoteż wytwarzając trujące produkta, stają się powodem zabójczych biegunek. Jedynie wysoka ciepłota może zabijać grzybki w mleku, t. j. gotowanie go przez kilka minut. Atoli przy gotowaniu mleka chodzi o to, aby przez nie nie straciło smaku właściwego mleku surowemu, a mimo to było pozbawione mikrobów chorobotwórczych i dało się długo utrzymać bez kwaśnienia. Autor badał w tym kierunku przyrząd Seidenstickera. Ciepłota o 75° C. utrzymująca się w tym przyrządzie przez 15 minut wystarcza do wyjałowienia mleka prawie w zupełności. Aby mleko nie doznało wpływu kiśnienia ze strony naczyń i chłodnicy nieczystéj, autor je sterylizował za pomocą pary gorącej przez 15 minut. Mleko w ten sposób dałoby się utrzymać nawet wśród najgorętszego lata przynajmniéj przez 30 godzin, przyczem ilość masła wyrabianego z takiego mleka wcale się nie zmniejsza i ilość śmietany okazała się w niem prawie taka sama, jak w mleku nie pasteryzowanem. W przyrządzie, o którym mowa, można w ciągu godziny pasteryzować 500 litrów mleka i to 1 litr kosztem 0·3—0·6 feniga. Mleko atoli takie, osobliwie po gotowaniu przez 15 minut przy ciepłocie 75° C., zmienia swój smak właściwy i pokazują się w niem strzępki ściętego białka, a na powierzchni tworzy się skorupka mleczna, do któréj cząstki śmietany przylegają. Mimo to autor radzi zaprowadzić obowiązkowe pasteryzowanie mleka każdego w tym przyrządzie tak mleka jako mleka spożywczego, a tem bardziéj mleka, z którego się ma wyrabiać masło, gdyż mleko i tak najczęściéj spożywa się przegotowane, a w maśle najczęściéj surowo spożywanem może być mnóstwo zarazków. Jako granicę dla ilości bakteryj, któréj dobre mleko nie po-

winno przekraczać, przyjmuje autor 50000 na 1 cm. sz. (*Archiv f. Hygiene*, Bd. X. Heft 3). *Dr. Buszek.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 19-go czerwca. Na wczorajszem posiedzeniu Tow. lek. krak. zakomunikował przewodniczący wiceprezes kol. Kohn zaproszenie „Tow. imienia Kopernika w Krakowie“ do wzięcia udziału w jego pracach przez członków Tow. lekar. krak., następnie zdał sprawę co do postanowień wzięcia udziału w uroczystości pogrzebu Mickiewicza, a w końcu kol. Pieniążek miał zapowiedziany odczyt.

* Dowiadujemy się ze źródła wiarogodnego, że Wydział krajowy zamierza na następnem zebraniu Sejmu przedłożyć wniosek względem wybudowania we Lwowie pawilonu dla oddziału położniczo-ginekologicznego, w Krakowie zaś dla oddziału chirurgicznego. Życzyć tylko wypada, aby zamiar ten szybko urzeczywistniony został.

* Dr. Bukowski zamianowany został przez Wydział krajowy prymaryjuszem szpitala w Wadowicach. Dr. Bukowski przez kilka lat pełnił obowiązki sekundaryjusza w oddziale prof. Obalińskiego w szpitalu św. Łazarza i miał sposobność wykształcenia się jako operator; z tego więc powodu i miastu i szpitalowi nabytku tego powinszować należy.

* Dr. Stanisław Klikowicz, docent Akademii woj. lek. w Petersburgu, habilitował się dnia 15 maja r. b. w Moskwie jako docent prywatny kliniki chorób wewnętrznych i mikroskopii klinicznéj i rozpoczął już wykłady swoje w tym uniwersytecie. Z przeniesieniem się do Moskwy Dr. Klikowicz nie traci tytułu docenta Akademii petersburskiéj.

* W Krynicy do d. 10-go b. m. było gości 634, w Cieplicach czeskich 2197.

* Berlin. Liczba obłąkanych, umieszczonych w zakładach miejskich, wzrosła z cyfry 1582 w r. 1882 do 2528 w r. 1889. Ludność stolicy wzrosła w tymże okresie czasu o 22½%, podczas gdy liczba obłąkanych pielęgnowanych w zakładach miejskich powiększyła się o 59·79%, a więc procent ten 3 razy jest większy od procentu przybytku ludności.

* Podczas tegorocznego Zjazdu lek. międzynarodowego w Berlinie urządzoną będzie czytelnia lekarska, mieścić w sobie mająca czasopisma lekarskie, wychodzące we wszystkich językach z roku bieżącego, a to dla użytku członków Zjazdu.

* Koledzy rodacy, którzyby zamierzyli udać się na Zjazd lek. międzynarodowy w Berlinie lub wziąść udział w wystawie ze Zjazdem połączonéj, mogą za pośrednictwem prof. Browicza, który na wezwanie komitetu Zjazdowego przyjął na siebie ten obowiązek, otrzymać potrzebne informacyje.

* W okolicy Walencyi (w Hiszpanii) wybuchła cholera. Rząd zwołał radę zdrowia i podobno zarządził środki ostrożności. Ztamtąd przewleczenie choroby do Francyi południowéj łatwo jest możebne i dlatego pojawienie się, jakkolwiek dotąd nielicznych przypadków, zwłaszcza w porze gorącéj, zawsze zasługuje na uwagę.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Drowie Frankel i Kraus potwierdzeni zostali jako docenci prywatni, pierwszy chirurgii, ostatni medycyny wewnętrznéj. — **Berlin.** Dr. Silex, asystent prof. Schweiggera, habilitował się jako docent oftalmologii. — **Budapeszt.** Dziekanem Wydz. lek. na rok przyszły wybrany został prof. Fodor.

* **Nekrologija.** W Pradze czeskiéj umarł Dr. Brzetysław Čerych, 2-gi asystent przy katedrze anatomii patolog. z duru brzusznego, licząc dopiero lat 25.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.
W *Gaz. Lek.* Nr. 24: Ruppertа: Przyczynek do patologii powikłań zap. płuc włóknikowego; Chełchowskiego: Dwa przypadki zatrucia płynu mlecznego w jamie opłucnéj. — W *Medycynie* Nr. 24: Biegańskiego: Z kazuistyki chorób układu nerwowego (c. d.).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 330. **KONKURS.**

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę **asystenta** przy katedrze chirurgii z remuneracyją rocznych **600 złr.** — i na **posadę elewa** kliniki chirurgicznéj z remuneracyją **500 złr.**

Podania należy wnosić na ręce Dziekana Wydziału lekarskiego do 27-go b. m. włącznie.

Kraków, dnia 17-go czerwca 1890 r. *Łazarski.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 28 Czerwca 1890. Nr. 26.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. O jadowitości nowotworów złośliwych (raków).

Podał
Prof. Dr. Adamkiewicz.

Pewne właściwości nowotworów złośliwych nadają im pewne odrębne znaczenie w patologii. We wielu względach są one podobne do nowotworów infekcyjnych (w gruźlicy, kile i t. d.), w innych względach różnią się znacznie od takowych. Podobieństwo między rakiem a nowotworem infekcyjnym polega na tem, że oba w organiźmie, w którym się znajdują, daléj rozszerzają się i powoli takowy niszczą. A różnica między niemi polega na tem, że nowotwory infekcyjne są produktami jadu, który można wykazać, a rodzaj i sposób, w jaki dostaje się do ustroju i w jaki się przenosi z jednego ustroju na drugi, są nam w ogólności znane; podczas gdy powstanie raka w ustroju jest dla nas sprawą ciemną, gdyż daléj nie udało się przeszczepić raka z jednéj osoby na drugą i o jakimkolwiek jadzie, któryby istniał w raku, nic nie wiemy.

Ponieważ raka nie można na inny ustrój przeszczepić, przeto Cohnheim (*Vorles. über allg. Pathologie*, Bd. 1, 2 Aufl., 1882, S. 788) uważa to za najlepszy dowód, że w ogóle żadnego jadu w złośliwych nowotworach nie ma. To też rozszerzenie się raka w ustroju tłómaczył nie samozakażeniem się ustroju, lecz rozwijaniem się w innych miejscach komórek rakowych odczepionych od tła macierzystego i tamże zaniesionych. Ponieważ zaś komórki płodowe mają własność, że przeniesione na obcy grunt przy korzystnych warunkach mogą daléj się rozwijać, przeto Cohnheim postawił hipotezę, że nowotwory złośliwe powstają z komórek płodowych nie zużytych przy rozwoju fizyjologicznym tkanek, a pobudzonych w późniejszem życiu do dalszego rozwoju.

Co się tyczy przyrody takiego pobudzenia postawiono różne teoryje, z których drażnienie i zmniejszona odporność chorego, zwykle starzejącego się, organizmu najwięcéj są znane.

Nie wdając się bliżéj w te hipotezy i teoryje, na tem miejscu chcę przytoczyć w krótkości fakta, które dowodzą, że pewnego rodzaju jad przecież w tkance raków istnieje.

Ponieważ jest ważną właściwością jadów chorobowych, że nie tylko wybierają pewne osoby, ale w tych osobach zwykle jeszcze pewne narządy, przeto postawiłem sobie następujące pytania:

I) Czy daje się wykazać jakiekolwiek działanie trujące istoty rakowéj w ogóle na ustrój zwierzęcy?

II) Czy ewentualnie działanie jadu rakowego na ustrój zwierzęcy zależy od natury miejsca szczepienia?

Doświadczenia moje na królikach wykonane dały tymczasowo następujące wyniki:

1) Rak świeżo wyjęty z ciała chorego [1]) posiada jad.

2) Ten jad rakowy zabija zwierzęta w przeciągu kilkunastu godzin.

3) Jad rakowy działa tylko na układ nerwowy i sprowadza śmierć skutkiem porażenia mózgu.

4) Środki desinfekcyjne (kwas karbolowy) i wysoka temperatura (wrzenia) znoszą działanie jadu rakowego.

5) Czy mikroorganizmy, które w tkaninie raka i w miejscach przeszczepienia zawsze wykazać można, stoją w ściślejszym związku z owym jadem rakowym, należy wątpić.

6) Tkanka rakowa przeniesiona na grunt odżywczy nadaje i temuż własności trujące. Nie dało się wykazać, o ile na tym gruncie równocześnie rozwijające się mikroorganizmy biorą udział w wytwarzaniu téj własności.

7) Żadna inna tkanka żywa, czy to fizyjologiczna, czy to patologiczna nie posiada, o ile moje dotychczasowe doświadczenia uczą, trującéj własności.

8) Jadowitym jest rak o budowie atypowéj, a więc prawdziwy rak i przybłoniak (*Cancroid*). W mięsakach i gruczolakach owego jadu nie znalazłem.

9) Działanie jadu rakowego jest tak pewne, że można i przez takowe wykazać przyrodę rakową jakiéjś tkanki.

[1]) Materyjał do badań mych zawdzięczam szanownemu koledze panu prof. Obalińskiemu, któremu za takowy niniejszem dziękuję.

10) Zupełnie podobne działanie trujące, jak tkanka rakowa świeża, posiada tkanka trupia.

Z moich doświadczeń więc w każdym razie wynika tyle, że nowotwory złośliwe już podczas życia wytwarzają istoty, które posiadają własności podobne, jak jad trupi.

II. O liszaju żrącym *(Lupus vulgaris).*

Podał

Dr. Antoni Krokiewicz,

były asystent przy kat. anat. pat. Uniw. Jag.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 25.)

Koch hodował prątki z liszaja żrącego przez 16 miesięcy w 21 przeszczepieniach poza ustrojem, a w hodowlach prątki tak samo się zachowywały jak gruźlicze.

O wiele wcześniéj, aniżeli znane były w ogóle prątki Kocha, dowiódł eksperyment, że liszaj żrący jest pochodzenia gruźliczego. Aczkolwiek Cohnheimowi, Vidalowi, Kienerowi, Pickowi, nie udało się przez przeszczepienie szczątków utkania liszaja żrącego do przodkowéj komórki oka królikom wywołać u nich gruźlicy, co też posłużyło Baumgartenowi za dowód odrębności obydwu procesów patologicznych, wkrótce jednakże Schüller z Hüterem [1]) zaprzeczyli temu i na mocy swych dodatnich wyników oświadczyli się za przyrodą gruźliczą liszaja żrącego. Dodać mi przytem należy, iż materyjał przeszczepiany badany był w jednéj części poprzednio pod drobnowidem, i okazywał utkanie określone przez Baumgartena, jako właściwe dla liszaja żrącego. Szczątki liszaja żrącego, przeszczepione na zwierzę, wywołały u niego gruźlicę po długim czasie. Pierwsze przeszczepiania szczątków utkania liszaja żrącego na króliki uskuteczniane przez Leloira [2]) nie doprowadziły do dodatniego wyniku; dopiero następne, uskuteczniane wraz z Cornilem, odniosły pożądany skutek. Doświadczenia jednak Cornila i Leloira o tyle tracą na wartości, iż chory, z którego szczątki liszaja żrącego zostały do nich zużyte, cierpiał i na gruźlicę narządów wewnętrznych. Korzystne wyniki po przeszczepianiu podają Pagenstecher i Pfeiffer, którzy przeszczepiając szczątki utkania liszaja żrącego spojówki w 4-ch przypadkach do przodkowéj komórki oka królikom, po 5—6 tygodniach mieli wywołać gruźlicę tęczówki w postaci drobnych gruzełków, pośród których znajdowały się prątki Kocha. Pfeiffer znalazł również prątki Kocha w ziarninie wyciętéj z liszaja żrącego spojówki u jednego chorego, gdzie sprawa chorobowa od 5-ciu lat się toczyła.

Najlepsze wyniki otrzymał Koch, który z 5-ciu przypadków przeszczepiał szczątki utkania liszaja żrącego 18 królikom do przodkowéj komórki oka. Wszystkie króliki okazały wynik dodatni. Początkowo wystąpiła tylko gruźlica tęczówki, potem dołączyła się i ogólna gruźlica narządów wewnętrznych z zserowaceniem gruczołów. Zwierzęta zdychały na gruźlicę po 10 tygodniach.

Doutrelepont przeszczepił materyjał z 6 chorych na liszaj żrący do przodkowéj komórki oka 8 królikom. W 6 przypadkach wytworzyła się gruźlica tęczówki w 4 do 6 tygodni, w 2 przypadkach obraz niejasny. Również Barduzi [3]) wspomina o korzystnych wynikach przeszczepień tkanki liszaja żrącego na zwierzęta ze względu na wywołanie gruźlicy.

[1]) *Ueber die Stellung des Lupus zur Tuberculose. Centrabl. f. Chirurg.* 1881, Nr. 7. — [2]) *Untersuchungen über Inoculation des Lupus. Vierteljahrsch. f. Syph. u. Derm.* p. 631 r. 1883. — [3]) *Aetiologie d. Lup. vulgaris. Vierteljahrsch. f. Syph. u. Derm.* p. 466 r. 1886.

Na uwagę zasługują doświadczenia Morella Lavalle'a [1]), który z chorego przeszczepiał szczątki liszaja żrącego na 2 króliki. Króliki wcale dobrze się utrzymywały i skoro jednego z nich po 6-ciu miesiącach kazał zabić, widoczne u niego były zmiany gruźlicze w postaci ognisk serowatych w gruczołach kreskowych, obok gruzełków w innych narządach. W ogniskach tych znachodziła się skąpa ilość prątków gruźliczych. Drugi królik pozostał przy życiu do dalszéj obserwacyi.

Doświadczenia moje ograniczają się do 14 tu przypadków, do chorych, którzy mi odstąpieni zostali za łaskawem zezwoleniem Profesora Rosnera i Docenta Dra Zarewicza. Zanim ogólny wynik przytoczę, pozwolę sobie przedstawić najpierw rzecz w poszczególnych przypadkach.

Nr. 1) A. M., około lat 16 liczący, wyrobnik, nędznie odżywiony, o wejrzeniu skrofulicznem. Od 3 lat cierpi na liszaja żrącego i był kilkakrotnie leczony ambulatoryjnie w klinice i szpitalu. Obecnie choroba okazuje stan następujący: Skrzydło nosowe lewe w znacznym stopniu zniszczone; podobnie i przodkowa część przegrody nosowéj. Na skrzydle nosowem prawem jakoteż i na policzku prawym widoczne są na skorze drobne nacieki guzkowe, płaskie, pośród których znajdują się nieliczne blizny. Na skórze policzka lewego owrzodzenie wielkości czworaka, pokryte zeschłym strupem, w otoczeniu którego widoczne są liczne drobne guzki, jużto w środku rozpadające się jużto zabliźniające się. Błony śluzowe blade. Gruczoły podszczękowe powiększone do wielkości orzechów laskowych, twarde. Badanie narządów wewnętrznych ze względu na zmiany gruźlicze dało wynik ujemny. Rozpoznanie kliniczne: *Lupus vulgaris faciei et nasi.*

Badanie wyciętych skrawków co do prątków gruźliczych dało wynik ujemny. Badałem 20 preparatów przy użyciu metody Ehrlicha-Kocha.

Doświadczenie: Dnia 8/2 r. 1888 przeszczepiłem śwince morskiéj do jamy brzusznéj cząstkę pozostałego materyjału, nie zużytego do badania drobnowidowego, do jamy brzusznéj, starając się uwzględnić warunki wszelkie antiseptyki. Rana w przeciągu dni 8 zagoiła się prawidłowo przez rychłozrost, a świnka żyła do dnia 14/3 r. 1888, t. j. prawie 5 tygodni. Z początku miała się zupełnie dobrze i dopiero w ostatnich 2 tygodniach chudła. Sekcyja wykazała: Wychudnienie spore, w jamie brzusznéj kilkanaście gramów cieczy mętnéj. Na otrzewnéj trzewowéj dolnego odcinka jelita biodrowego przyćmienie ograniczone obok skąpych nalotów wypociny. Otrzewna w dolnéj części jelita biodrowego pokryta skąpo gruzełkami. Gruczoły kreskowe i pozaotrzewnowe powiększone do wielkości orzechów laskowych, blado-różowe, okazują ogniska serowate wielkości drobnéj soczewicy. W dolnéj części jelita biodrowego na długości 6 cm. na błonie śluzowéj owrzodzenia gruźlicze, odpowiednio do gruzełków na otrzewnéj. W wątrobie, śledzionie i dolnych częściach płuc liczne drobne gruzełki obok ognisk serowatych skąpych. Gruźlica w tym przypadku wystąpiła po upływie 5 tygodni od przeszczepienia szczątków utkania liszaja żrącego. Badania powyższych ognisk na prątki gruźlicze nie uskuteczniałem, gdyż przypadek ten niezbicie przedstawiał wszelkie cechy gruźlicy.

Nr. 2) Fl., około l. 20, izraelitka, dobrze odżywiona. Od 3 lat choruje na liszaja żrącego. Obecnie na twarzy bardzo liczne guzki obok blizn, podobnie i na kończynach dolnych. Guzki te w środku przeważnie się zabliźniają, w obwodzie zaś szerzą. Badanie trzew wewnętrznych co do zmian gruźliczych dało wynik ujemny. Rozpoznanie kliniczne: *Lupus serpiginosus faciei et extremitatum.* Badanie wyciętego guzka z nogi na prątki gruźlicze dało wynik dodatni. Na 45 preparatów w jednym mogłem wykazać 2 prątki gruźlicze przy użyciu metody Ehrlicha-Kocha. Doświadczenie: Przeszczepiłem królikowi dnia 10/11 roku 1888 kawałeczek z wyciętego guzka do przodkowéj komórki oka prawego, a równocześnie resztę do jamy brzusznéj. W gałce ocznéj już 3-go dnia wystąpiło zapalenie ropne i takowe wkrótce uległo zniszczeniu; rana zaś na brzuchu zagoiła się prawidłowo. Dnia 15/6 t. j. po upływie przeszło 4 miesięcy królik zdechł.

[1]) *Deux cas de tuberculose verrucose de le peau. Annales de Dermatologie et Syphiligraphie.* Tome IX., Nr. 1.

Sekcyja wykazała: Znaczne wychudnienie. Gałka oczna prawa zbliznowaciała, zanikła. W 2 gruczołach oskrzelowych ogniska serowate, rozmiękłe. Pośród dolnego płatu płuca prawego dość liczne drobne ogniska gruźlicze, zbite. W płucu lewem rozsiane skąpe drobne ogniska wielkości małéj soczewicy, wypełnione masą rozmiękkającą, żółtawą. Na opłucnéj prawéj w zakresie dolnego płatu drobne gruzełki. W śledzionie i wątrobie kilka ognisk serowatych rozmiękających. Badanie drobnowidowe płuc wykazało pośród nich zmiany gruźlicze, a ilość prątków w niektórych ogniskach znaczna.

Ponieważ chora powyższa przez długi czas przebywała na oddziale Doc. Dra Zarewicza, przeto za łaskawem zezwoleniem tegoż wyciąłem jéj powtórnie dn. 8/3 r. 1888 dwa świeże guzki z nogi i takowe przeszczepiłem 3 królikom do jamy brzusznéj. Z tych jeden zdechł na 7 dzień z powodu *peritonitis septica*, dwa zaś pozostałe chowały się zdrowo przeszło rok, bo do 15/4 r. 1889 i zużyte zostały do innych celów naukowych. Sekcyja, którą wykonałem na nich przy danéj sposobności, nie wykazała zmian gruźliczych w żadnym narządzie.

Nr. 3) K. M., l. 25, okazuje skutkiem liszaja żrącego zniszczenie skrzydła nosowego lewego, tudzież dość rozległe blizny na policzku lewym. W niektórych bliznach, w częściach obwodowych, widoczne są świeże guzki odnawiające się. Na wardze górnéj świeże nacieki guzkowate, płaskie, drobne. Podobnie i na zewnętrznéj stronie uda prawego na rozległości dłoni dziecka blizny obok nacieków guzkowych, w środku rozpadających się i pokrytych strupem, a na samym obwodzie świeże guzki. Proces ten chorobowy ma trwać od roku. Chory okazuje wejrzenie blade, niedokrewne; narząd oddechowy wolny od zmian gruźliczych. Rozpoznanie: *Lupus faciei, nasi et extremitatis inf. d.*

Badanie kawałeczków wyciętych na prątki Kocha dało wynik ujemny. Badano 26 preparatów według metody Ehrlicha-Kocha i Ziehl-Neelsona.

Doświadczenie: Dnia 24/2 1888 przeszczepiłem kawałeczki do przodkowéj komórki oka i do jamy brzusznéj. Królik miał się wcale dobrze, rana na brzuchu zagoiła się prawidłowo, gałka oczna uległa zropieniu. Po 17 dniach królik zdycha, a sekcyja wykazała dość liczne ogniska żółtawe, wypełnione ropą w płucach, gruczołach oskrzelowych, śledzionie i wątrobie. Gałka oczna zropiała. Ognisk gruźliczych brak.

Nr. 4) T. B., l. 23, wyrobnik. Od 3 lat choruje na liszaja żrącego i był kilkakrotnie ambulatoryjnie leczony tak w klinice, jak i w szpitalu. Choroba miała się rozpocząć od lewego skrzydła nosowego i przenieść się następowo na powiekę dolną oka lewego. Obecny stan się przedstawia: Osobnik wzrostu średniego, kiepsko odżywiony, o cerze bladéj, skrofulicznéj. Skóra na policzku lewym i na powiekach oka lewego w dość znacznym stopniu zgrubiała, silnie zaczerwieniona, okazuje obok płaskich guzków, jużto rozpadających się, jużto ulegających w środku zabliźnieniu dość rozległe blizny. Powieka górna lewa w miernym stopniu odwinięta (*ectropium*). Na skrzydłach nosowych, zwłaszcza lewem, podobny obraz. Na brodzie widoczny jest naciek płaski, wielkości 4 centów, rozpadający się w środku, a w otoczeniu jego znajdują się świeże drobne guzki. Gruczoły karkowe powiększone, twarde. Narząd oddechowy nie przedstawia zmian gruźliczych.

Badanie skrawków na prątki Kocha dało wynik ujemny. Używano metody Ehrlicha Kocha, a badano 20 preparatów.

Doświadczenie: Dnia 15/4 1888 przeszczepiłem królikowi do przodkowéj komórki oka i do jamy brzusznéj szczątki utkania liszaja żrącego. Gałka oczna uległa ropieniu i następowemu zbliznowaceniu; rana zaś na brzuchu goiła się prawidłowo. Królik był zupełnie zdrów. Po 8 miesiącach zużyłem królika do innych celów, a sekcyja na nim przy téj sposobności wykonana wykazała brak wszelkich zmian gruźliczych.

Nr. 5) A. S., l. 21. Od 5 lat choruje na liszaja żrącego. Obecnie okazuje dość dobre odżywienie, błony śluzowe blade, bez odcienia skrofulicznego. Skrzydło nosowe lewe w dolnéj części zniszczone; podobnie i dolna część przegrody nosowéj. W otoczeniu kilka drobnych guzków płaskich, w środku rozpadających się, obok blizn. Rozpoznawać zmian gruźliczych w płucach nie można. Obraz anatomiczny i kliniczny przemawiał jedynie za liszajem żrącym w zakresie nosa: *Lupus nasi.*

Badanie skrawków na prątki Kocha dało wynik ujemny; badałem 27 preparatów metodą Ehrlicha-Kocha.

Doświadczenie: Dnia 16/5 r. 1888 przeszczepiłem skrawki do jamy brzusznéj królikowi, rana zagoiła się prawidłowo, a królik żył przeszło rok, bo do dnia 20/6 r. 1889 i zużyty do innych celów został. Sekcyja następnie wykonana wykazała wynik ujemny ze względu na obecność zmian gruźliczych. Podejrzane bowiem ogniska rozmiękkające w gruczołach chłonnicowych jamy brzusznéj, jakoteż i wątrobie, nie okazywały charakteru gruźliczego pod drobnowidem i nie zawierały prątków.

Nr. 6) P. G., l. 28, wzrostu dobrego, dość dobrze odżywiony i o zdrowem wejrzeniu. Na łokciu lewym, na rozległości dłoni dziecka widoczne są płaskie guzkowate nacieki, z których niektóre w środku okazują drobne blizny. Poniżéj w górnéj części przedramienia, po stronie wewnętrznéj tegoż, znajduje się blizna długości 3 cm., w któréj częściach końcowych widoczne są takie same nacieki. Blizna ta jest powierzchowną i nie stoi w ścisłym związku z kością. Choroba cała ma trwać od lat 6. Płuca zdrowe. Rozpoznanie: *Lupus extremit. sup. sin.*

Badanie skrawków na prątki gruźlicze przy użyciu metody Ehrlicha Kocha na 19 preparatów dało wynik ujemny.

Doświadczenie: Dnia 23/5 1888 przeszczepiłem królikowi szczątki wycięte do jamy brzusznéj. Rana zagoiła się prawidłowo, królik był zdrów i po roku zabity nie okazywał zmian gruźliczych. (C. d. n.)

III. Z kazuistyki chorób moczopłciowych.

Podał

Dr. M. Misiewicz w Łodzi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 25).

Wypada mi w tem miejscu powiedzieć słów kilka o polipach cewki w ogóle, a to z powodu trudności w rozpoznawaniu i leczeniu. O istnieniu nowotworów w cewce mało dotychczas wiemy, a w podręcznikach chorób moczowych i chirurgicznych znajdujemy o nich tylko ulotne wzmianki, lub krótkie opisy znalezionych „przypadkiem" polipów, które albo same się wydaliły, albo też „przypadkiem" podczas sekcyi znalezione zostały. Badanie wziernikiem ułatwia wprawdzie poszukiwanie, ale takowe nie jest dotychczas bardzo rozpowszechnione, a sam polip łączy się często z objawami, które snadniéj odnosimy do rzeżączki, zwężenia cewki, kamienia itd. Otóż tu nadmienię, iż z objawów podmiotowych nigdy o obecności polipa dowiedzieć się nie możemy. Beyram opisuje przypadek, gdzie wskutek zapalenia i następczéj zgorzeli nastąpiło przedziurawienie cewki i przez tę „naturalną" drogę wyjrzały na świat polipy. Genaudet opisuje przypadek, gdzie cewnik z łatwością wprowadzony do pęcherza, wyjąć się nie dał, a po pewnym czasie, gdy go usunięto „siłą", znaleziono we wewnętrznem jego okienku strzęp błony śluzowéj, z licznemi narostami polipowemi. Podobny do poprzedniego przypadek opisał Gallez. Royer wreszcie wskazuje na to, iż nie wszystkie polipy cewki są guzami łagodnemi, w spostrzeganym przez niego przypadku mocz wstrzymał się 36 godzin, wkrótce nastąpiła śmierć, a w cewce polip dochodził do 6 ctm. szerokości. Chelius opisuje przypadek, w którym przez dolną powierzchnię prącia można było wyczuć guz, który jak się to późniéj okazało, miał również budowę polipów śluzowych. Ale przypadki, w których przez powłoki skórne guz wyczuć się daje, należą bezwarunkowo do rzadkości. Już Linhardt stwierdził, iż rozpoznawanie małych guzów cewki jest bardzo trudnem lub niemożliwem, jeśli one nie są usadowione w bliskości jéj ujścia zewnętrznego, t. j. gdy nie są dla oka bezpośrednio dostępnemi. Tylko za pomocą wziernika, i to przy pewnéj wprawie, możemy określić nie tylko ich obecność, ale nawet miejsce, wielkość i postać, a zastosowanie nowych przyrzą-

dów oświetlających ułatwi nam jeszcze badanie. Rozpoznawanie polipów zależeć wtedy nie będzie od „przypadku“, lecz od podstaw pewnych, na których oprzeć się będziemy w stanie i polipy dróg moczowych przestaną być dla nas rzadkością, jak były rzadkością w krtani przed udoskonaleniem wziernika krtaniowego, podczas gdy dziś niema lekarza, któryby ich ztamtąd nie wyłuszczał lub przynajmniéj tam nie spostrzegał.

Objawy, towarzyszące polipom, są bardzo różnorodne. Jużto występują oznaki przewlekłéj rzeżączki, wskutek ciągłego drażnienia cewki guzem, a stósowne środki lecznicze, sondowania itd. pozostają bezskutecznemi, jużto znowu znajdujemy przeważnie zwężenie cewki, któréj światło polip mniéj lub więcéj zamyka, a sondą żadnych przeszkód wykazać nie można; najczęściéj, głównym objawem jest krwotok cewkowy, który też jedynie, po wykluczeniu rozumie się innych możliwości, najwydatniéj manifestuje obecność polipa. Wreszcie powstać może zgorzel z ucisku i przedziurawienie prącia, o któréj to możliwości już przedtem wspomniałem. Ale wszystkie te objawy mogą tylko nas naprowadzać na myśl o obecności guza, lecz nie dają pewności, którą osiągnąć możemy jedynie za pomocą wziernika. Gdy takowy wprowadzimy za miejsce uczepienia, wtedy przy powolnem wysuwaniu spostrzedz możemy bardzo charakterystyczny objaw, jak polip nagle w „tubus“ wziernika wpada, przeciwnie zaś, gdy koniec wewnętrzny przyrządu jest przed polipem, wtedy przy dalszém wsuwaniu guz powoli znika z pola widzenia, nicuje się i zachodzi za brzeg rurki wziernikowéj. Normalny obraz cewki, t. j. w środku linija podługowata, odpowiadająca miejscu, gdzie stykają się ze sobą powierzchnie obydwóch połów błony śluzowéj, na któréj widać liczne zagłębienia promieniste, odpowiadające jéj fałdom, przy wsuwaniu wziernika pozostaje bez zmiany, nagle obraz cały się zmienia i z górnéj lub dolnéj powierzchni cewki wslizguje się do wziernika guzek, zmieniający cały obraz przedtem widziany. Zmiana ta powstaje wprawdzie bardzo nagle i trwa krótko, jednakże przy kilkakrotnem wysuwaniu rurki łatwo się w pamięci uwydatnia. Przy dokładnem poszukiwaniu widzimy, iż obraz centralny nie zmienia się, gdy polip jest bardzo małym, np. 2—3 mm. i zajmuje jedną tylko ścianę cewki; wtedy na obrazie obwodowym widzimy okrągłe lub półkuliste pęcherzykowate sklepienie, a obok niego ciemny łuk lub kolisty cień, rzucony przez nowotór na pole oświetlone, a cień ten zwiększa lub zmniejsza się przy ruchach wziernika. Na powierzchni guza zobaczyć możemy lekkie ziarniste lub zrazikowate nierówności, a nawet naczyńka krwionośne. Jeśli guz ma większą objętość, wtedy dostrzedz się dają zagłębienia międzyzrazikowe; zresztą błona śluzowa cewki nie przedstawia żadnych zmian, tylko w bezpośredniem sąsiedztwie polipa widzieć się daje lekkie zaczerwienienie, obrzęk lub inne niewyraźne objawy podrażnienia.

Przy nastawieniu wziernika przed miejscem uczepienia rozpoznać można tylko polipy większych rozmiarów, gdyż zmiany w cewce przy małych są bardzo nieznaczne, przy guzach zaś większych rozmiarów obraz centralny z brózdkowatego nagle staje się okrągłym i ciemniejszym, a w jego głębi widzieć się daje wałeczek, odpowiadający nóżce polipa. Przy głębszem wprowadzeniu wziernika widzimy ciemno-czerwoną powierzchnię, wyraźnie odróżniającą się od sąsiedniéj błony śluzowéj, następnie zaś ginie zupełnie czerwony krążek, utworzony przez tęż błonę, a całe światło wziernika zajmuje mniéj lub więcéj półkulisty guz, odpowiadający główie polipa.

Rzecz się ma jednak inaczéj przy małych dopiero powstających polipach, w których nie możemy jeszcze odróżnić nóżki od trzonu; te są bardzo trudnemi do rozpoznania i przedstawiają się zwykle w postaci ziarn prosa lub konopi, usadowionych grupami na dolnéj płaszczyźnie cewki, od któréj uwydatniają się zabarwieniem i oświetleniem. Widzimy tu na czerwonem tle błony śluzowéj żółtawe lub białawe błyszczące guzki, mało ruchome, miękkie i elastyczne, które przy nacisku tamponem tracą połysk i czerwienieją, poczem trudno je odróżnić od tkanek sąsiednich. Często też obok tych tworów istnieją starsze, już rozwinięte polipy, w większéj lub mniejszéj ilości, wiszące na odnogach, w niewielkiéj od opisanych odległości.

Prócz polipów spostrzegałem w cewce inne jeszcze mniejsze wykwity, nie rozsiane w różnych odcinkach cewki, lecz w jednem miejscu, na linii odpowiadającéj osi, najczęściéj *fossa navicularis;* ilość ich wahała się między 3—15, a wielkość nie przechodziła główki szpilki; odróżnić je można dlatego, że uwydatniają się blado-żółtawem zabarwieniem na czerwonem tle błony i silniejszem odbiciem światła; budową zaś swoją zbliżone są do ostrych lepieży Vulpiana (*excrescentiae poliposae*).

Jak wyżéj wspomniałem, leczenie polega na wydaleniu polipa, bądź przez odcięcie nożyczkami, umocowanemi na długim drucie, bądź na zgniecieniu za pomocą kleszczyków, wreszcie na przypalaniu guzków rozczynem jodu, a zawsze najlepiéj za pomocą wziernika, opatrzonego podwójną rurką, z których jedna konieczną jest do oświetlenia, badania i kontrolowania, a druga do wprowadzania instrumentów lub tamponu, nasyconego odpowiednim srodkiem. Możnaby tu zastosować żegadło galwanokaustyczne, ale z powodu braku takowego nie miałem okazyi go użyć. Głównem zadaniem przy operacyi jest dokładne nastawienie guza we światło wziernika i umiejętne uchwycenie go odpowiednim instrumentem, a mianowicie polipa bez odnogi kleszczami, a opatrzone szyjką nożycami, w każdym razie z zachowaniem ostrożności, aby nie poranić lub nie rozerwać błony śluzowéj cewki. Przy polipach większych rozmiarów użyć należy pętli lub innego sposobu, który operator uzna dla siebie za wygodniejszy.

Przypadek III. Chory, J. G., przybył do mnie na wiosnę r. 1885, skarżąc się na ciągły wyciek i zlepienie otworu cewki, częstą wydzielinę zmięszaną z krwią, jakoteż na obrzęk prawego jądra, trwający już kilka miesięcy. Od czasu do czasu występują bóle podczas oddawania moczu, poczem występuje krew, w kilka sekund po wypróżnieniu pęcherza, w ilości kilkunastu kropel. Trwa to dni kilka i ustępuje miejsca słabéj wydzielinie, która już trwa od dwóch lat; chory stanowczo twierdzi, iż rzeżączki nie przebył, a badanie drobnowidowe skąpéj i zupełnie przeźroczystéj wydzieliny wykazało resztki rozpadłych komórek nabłonka, ciałka śluzowe i ropne, nitki nasienne w małéj ilości i niektóre drobnoustroje gnilne (*staphylococcus* żółty i biały, *bac. pyogenes tenuis* i grupę *micrococcus pyogenes*) zupełny zaś brak gonokoków, mimo kilkakrotnie wznawianego badania. Skóra na mosznach i prąciu chłodna, zmarszczona, prawe jądro obrzękłe, mało bolesne, przyjądrze stwardniałe; wydalanie moczu uciążliwe, leniwe, z natężeniem tłoczni brzusznéj połączone; po zupełnem wypróżnieniu pęcherza wydaliłem cewnikiem jeszcze około 200 gr. moczu, co wskazywało dosyć silną niedostateczność muskulatury pęcherza.

Co się tyczy jądra, to powiększenie jego objętości nastąpiło powoli tak, iż chory z początku nie spostrzegał ża-

dnych zmian; po upływie kilku tygodni od wystąpienia wydzieliny z cewki jądro zaczęło brzęknąć i twardnieć, chory zaczął wyczuwać na niem pewne nierówności, straciło ono z czasem pierwotną owalną postać i nabrało zarysów kańciastych, a co do wielkości, to obecnie, po upływie z górą dwóch lat, jest co najmniéj trzykrotnie powiększonem. Odporność guza wszędzie jednakowa, przy nacisku lub macaniu wyczuwa się niewyraźne wrzekome chełbotanie; przyjądrze zupełnie twarde, część sznurka nasiennego pokryta stwardniałemi guzkami. Gruczoły chłonne znacznie obrzękłe, jakby w jednéj otoczce pomieszczone, szczególniéj w lewym dole pachwinowym, przy nacisku zgoła niebolesne. Chory nie przebył przymiotu, a nierówna postać jądra, guzkowate wykwity przyjądrza, brak skłonności do ropienia przemawiały też więcéj za gruźlicą niż za przymiotem. Sfera nerwowa chorego prawie normalna i stan jego raczéj uważaćby można za senny niż podbudzony. Płuca słabo rozwinięte, szmer wydechowy pod obojczykami zaostrzony, wyraźnego nacieku szczytów znaleść nie mogłem. Dla zapewnienia się w rozpoznawaniu postanowiłem wykonać kilka hodowli płynu otrzymanego z cewki chorego, który wydobyłem ze znacznéj głębokości, za pomocą wyjałowionéj pałeczki szklanéj, rozumie się po dokładnem obmyciu prącia, żołędzi, rowka zażołędnego i ujścia cewki. Wydzielina hodowana w płynie Pasteura, stale ogrzanym do 37—38° C., dała po upływie 13 dni liczne kolonije białych matowych punktów, a w 3-ciéj hodowli w postaci bardzo licznych łuszczek, które po upływie trzech tygodni zlały się w jedną delikatną szarawą błonkę, łatwo spłókać się dającą ze ścian próbówki. Pod drobnowidem widziałem, że łuski składają się z licznych łukowato ułożonych linij, a na nich, przy zastosowaniu soczewki Abbego znalazłem liczne prątki gruźlicze, cienkie, drobne, 2—4 μ długości mające, grubością odpowiadały połowie ciałka krwi, nieruchome, lekko na biegunach zagięte. Na płytkach i na kartoflu hodowla dała wyniki ujemne. Najlepsze zabarwienie dała mi metoda złożona: po 24 godzinnem zabarwieniu błękitem gencyjany pogrążyłem preparat na kilka sekund w 25% rozczynie kw. azotowego, potem w 60% wyskoku, następnie zabarwiałem powtórnie błękitem metylenu. W niektórych razach udawało mi się zabarwienie na prędce po ogrzaniu preparatu nad lampką spirytusową, aż do ukazania się pęcherzyków powietrza (Rindfleisch).

Przekonawszy się dowodnie, iż miałem do czynienia z gruźlicą cewki i że stanowczo wyłączyć mogę rzeżączkę i przymiot, zastosowałem choremu lekkie sondowania jedwabnemi sondami (*Jacques patent*) pokrytemi masą Neissera (*Arg. nitr. Bals. peruv. But. de Cacao*) od czasu do czasu przemywanie Nélatonem, zimne półkąpiele i zaleciłem mu pobyt w górach. Przez cztery lata nie widziałem go wcale, poczem przypadkiem doszła mnie wiadomość, iż chory zmarł z powodu gruźlicy płuc i otrzewny. (C. d. n.)

IV. Przyczynek sądowo-lekarski do kwestyi nerwic urazowych.

Podał

prof. Dr. Blumenstok.

(Dok. Patrz Nr. 25).

Tym sposobem nie ulega wątpliwości, że obok objawów podmiotowych, których istnienia atoli wykluczyć i zaprzeczyć nie możemy, istnieją u p. Dra I. zmiany przedmiotowe ściśle sprawdzić się dające, głównie w dziedzinie zmysłu wzrokowego. Do tych zmian przedmiotowych należą: przekrwienie siatkówek i tarcz nerwów wzrokowych, a głównie zwężenie pola widzenia na barwy czerwoną i zieloną. Zmiana ta zwłaszcza ostatnia jest ważną, albowiem towarzyszy zazwyczaj ciężkim sprawom ośrodków nerwowych, a choćbyśmy się nie posunęli nawet tak daleko, jak to uczynił prof. Borysikiewicz przypuszczając na podstawie tych zmian ocznych i przy uwzględnieniu objawów podmiotowych nerwowych i psychicznych rozpoczynające się ciężkie i nieuleczne cierpienie ośrodków nerwowych, to przecie zmian wspomnionych ocznych lekceważyć nie możemy i przyznać musimy, że u p. Dra I. rzeczywiście istnieje cierpienie nerwowe, a tem samem symulacyję z jego strony wykluczamy.

Wspomnieliśmy powyżéj, że już zbiór objawów podmiotowych przez p. Dra I. podawanych składa się wcale dobrze na obraz tak zwanéj *railway spine* i *brain*, jak ją zgodnie opisują autorowie rozporządzający większym materyjałem, a jak i my w skromniejszym zakresie mieliśmy już sposobność obserwowania. Tem bardziéj bylibyśmy obecnie skłonni do przypuszczenia, że p. Dr. I. rzeczywiście cierpi nerwicę urazową, gdy nie tylko przybyły nam w pomoc wspomniane zboczenia przedmiotowe, ale nadto specyjaliści wszyscy, których się p. Dr. I. radził, mniéj lub więcéj stanowczo za tem cierpieniem się oświadczają. Jednakowoż zachodzi różnica pomiędzy rozpoznaniem specyjalistów nawet znakomitych a orzeczeniem lekarzy sądowych. Pierwsi zbadawszy chorego i usłyszawszy jego zapewnienie, że chorobę swoją wywodzi od przypadku kolejowego, nie znalazłszy żadnéj sprzeczności między domniemaną przyczyną a skutkiem, przeciwnie widząc, że mają przed sobą obraz chorobowy taki, jaki częstokroć rozwija się na podstawie i wskutek podanéj przyczyny nie mają powodu nieufania lub dochodzenia ścisłego, jaka była przyczyna szczegółowa i czy ona była dostateczną w danym razie do wywołania podobnego skutku. Odmienne jest zadanie lekarzy sądowych, obowiązkiem ich jest zastanawiać się dojrzale nad pytaniem, czy w danym razie zachodzi ścisły związek przyczynowy pomiędzy przyczyną a skutkiem i rozstrzygnąć kwestyję, czy *post hoc, propter hoc.*

Otóż w danym przypadku dla lekarza sądowego mogłyby zachodzić, a po części i zachodzą następujące wątpliwości:

1. P. Dr. I. po owéj katastrofie nie poniósł żadnego śladu widocznego, świadczyć mogącego o doznanem jakiemś, choćby nieznacznem uszkodzeniu. Jednak okoliczność ta nie dozwala jeszcze wnosić, że wstrząśnienia nie było. Znane bowiem dobrze są przypadki tak zwanego wstrząśnienia mózgowego, powstającego niewątpliwie wskutek urazu, w których albo nieznaczny tylko pozostaje ślad, albo też żadnego absolutnie nie ma śladu, a jednak wstrząśnienie może pociągnąć za sobą śmierć natychmiastową lub ciężkie zboczenia przemijające. Tak samo po obrażeniu głowy na pozór nieznacznem mogą w następstwie rozwinąć się zboczenia nerwowe i umysłowe, nie ma więc powodu nieprzypuszczania możności powstania stanu podobnego do tego, jaki u p. Dra I. znajdujemy, wskutek urazu, który nieznaczne tylko lub żadnych nie pociąga za sobą śladów widocznych.

2. Zasługuje na uwagę także, że podobno żaden z podróżujących, którzy w tym samym z p. Drem I. pociągu się znajdowali, nie poniósł szwanku. Jakkolwiek okoliczność ta nie jest dostatecznie stwierdzoną, bo co najwięcéj wiadomo, że nikt do Sądu ze skargą się nie zgłosił, to nawet w razie gdyby rzeczywiście żaden z podróżnych nie był doznał szkody na zdrowiu, jeszczeby nie można wykluczyć możności, że tylko jeden z podróżnych doznał szkody, bo pod tym względem liczyć się musimy ze skłonnością i usposobieniem osobniczem. Wiadomo zaś, jak ważną rolę w patologii odgrywa usposobienie osobnicze, bez przyczynienia się którego wielu przypadków wytłomaczyć by sobie nie można. Czy u p. Dra I. istniało poprzednio takie usposobienie do nerwic, jak to prof. Adamkiewicz w swojem świadectwie z dnia 5 kwietnia 1888, Nr. 3 przypuszcza, tego ani twierdzić, ani wyklnczyć nie możemy z téj prostéj przyczyny, żeśmy p. Dr. I. poprzednio nie znali, a tem mniéj wiedzieli o jego usposobieniu. Gdybyśmy mieli pewność, że u p. Dra I. istniała poprzednio histeryja, jak to przypuszcza p. prof. Dr. Adamkiewicz, to wcale nie byłoby dla nas rzeczą dziwną, że on sam uległ następstwom shocku, przypuściwszy nawet, że wszyscy inni wyszli cało.

3. Okoliczność, że po zderzeniu się pociągów p. Dr. I. wyszedł cało i bez cudzéj pomocy z wagonu, że napił się kawy, że pojechał daléj do Lwowa, i że tam dopiero zwrócono mu uwagę na bladość jego ogólną i ze po części we Lwowie już, a po części dopiero późniéj zaczął doznawać pierwszych dolegliwości, które zwolna późniéj miały się spotęgować, nie pozostaje w sprzeczności z doświadczeniem lekarskiem, czynionem w nowszych czasach nad tak zwaną „*railway spine*“. Wszakże autorowie podają, że właśnie po takich wstrząśnie-

niach nagłych objawy chorobowe, składające się na wzmiankowaną postać chorobową, występują później dopiero i rozwijają się zwolna.

4. Jednakowoż według wszystkich autorów jako przyczyna téj choroby wymagany jest silny uraz albo a) cielesny, albo b) psychiczny i nie zdarzyło nam się czytać o żągnym przypadku, w którym *„railway spine“* wystąpiła bez silnego urazu w jednym lub drugim kierunku. Otóż pod tym względem najpoważniejsze nasuwają się wątpliwości.

ad a) Czy u p. Dra I. miał miejsce silny uraz fizyczny?

Powiedzieliśmy już, że brak śladu widocznego nie dowodzi, że takiego urazu, a względnie wstrząśnienia nie było i gdyby p. Dr. I. był nam podał, że wśród zderzenia się pociągów zrzucony został z siedzenia, a przytem doznał silnego uderzenia w głowę, grzbiet lub jakąkolwiek inną okolicę ciała, w takim razie nie mielibyśmy żadnéj podstawy do powątpiewania, że pomiędzy tem uderzeniem a względnie wstrząśnieniem a obrazem chorobowym, jaki następnie przedstawiał, zachodzi związek przyczynowy. Tymczasem p. Dr. I. podaje, że leżał wyprostowany na siedzeniu, obwinięty szczelnie aż po głowę futrem barankowem, że nagle kanapa ta zesunęła się, a on przebudziwszy się znalazł się nagle w miejscu utworzonem przez zesunięte siedzenie i przeciwległą ścianę wagonu, że zaledwie mógł wydostać się z obwijającego go futra, że przytem nie doznał na razie żadnego bólu. Jeżeli się więc uwzględni, że w tak zwanem pół-coupé wąskiem, w którem właśnie p. Dr. I. znajdował się, rzut siedzenia nie mógł być znacznym, że siedzenie było miękkie, po części elastyczne, że p. Dr. I. nie podaje, jakoby został silnie rzucony o ścianę przeciwległą wagonu, że i w takim razie cios musiałby być bardzo osłabiony z powodu, że p. Dr. I. był owinięty we futro, które z niego spaść nie mogło i jak sam podaje nie spadło, gdy następnie przebudziwszy się miał pewną trudność w wyswobodzeniu się z niego, to ze stanowiska czysto lekarskiego trudno pojąć, jakim sposobem w takich warunkach do silnego wstrząśnienia przyjść mogło — kwestyja w takim razie przestaje być czysto lekarską i podpada raczéj pod ocenę fizyka zawodowego. Otóż mamy przed sobą orzeczenie takiego fizyka zawodowego, a z tego orzeczenia wynika, że „jeżeli jakakolwiek masa będąca w ruchu utraci nagle żywą siłę, energija czynna masy zmienia się na ruch drgający, molekularny. To samo musiało nastąpić w ciele wspomnianéj osoby. Osoba musiała doznać wstrząśnienia, zwłaszcza, że osoba ta spała leżąc.“ Nie mamy prawa krytykowania tego orzeczenia, a jeżeli wstrząśnienie w takich warunkach jest możebne, to i dalsze następstwa są także możebnemi.

ad b). Czy u p. Dr. I. miał miejsce uraz psychiczny?

Nie ulega wątpliwości według autorów nowszych, że i uraz czysto psychiczny zdolny jest wywołać tak zwaną *railway brain*, co zresztą łatwo jest pojąć, jeżeli zważymy, że silny uraz psychiczny, jak n. p. nagle silne przerażenie zdolne jest wywołać ciężkie zboczenia umysłowe. Gdyby nam więc p. Dr. I. był podał, że skutkiem zderzenia się pociągów w pierwszéj chwili tak mocno się przeraził, że mając zupełną świadomość o grozie położenia, doznał wstrząśnienia umysłowego, musielibyśmy przyznać, że i takie przerażenie mogłoby stać się przyczyną wszystkich późniejszych objawów chorobowych. Ale i tu znajdujemy się w trudnem położeniu wobec własnych zeznań p. Dra I. Otóż podaje on, że w chwili zderzenia spał leżąc wyprostowany na siedzeniu, a wtedy zaczął zastanawiać się nad tem, czy zderzenie dopiero nastąpi; podanie zaś jego, że już we śnie miał przeczucie, że zderzenie nastąpi, jako zupełnie niepochwytne, nie ma dla nas znaczenia. Pozostaje więc tylko owo zastanawianie się po zesunięciu, czy zderzenie nastąpi, ale czy to zastanawianie się było połączone z takiem przerażeniem, żeby mogło uchodzić za silny shock psychiczny, tego stanowczo rozstrzygnąć nie możemy, nie mając do tego należytéj podstawy.

Zastanawianie się zaś późniejsze ciągłe nad swoim stanem, nad następstwami przypadku, należy już do późniejszych objawów choroby i samo przez się nie może uchodzić za jéj przyczynę.

Nam więc przedstawia się sprawa w sposób następujący:

Nie mamy podstawy do przypuszczenia shocku psychicznego, ale też stanowczo wykluczyć go nie możemy.

Nie mamy podstawy ściśle lekarskiéj do przypuszczenia shocku fizycznego, ponieważ pod tym względem sprawa usuwa się z pod ocenienia ściśle lekarskiego. Nie jesteśmy atoli kompetentnymi do ocenienia powołanego orzeczenia fizyka zawodowego. Przypuszczając atoli, że orzeczenie to ze stanowiska fizyki jest należycie uzasadnione, to na podstawie tego orzeczenia, ale tylko na téj podstawie przypuszczamy związek przyczynowy pomiędzy przypadkiem kolejowym, o którym mowa, a chorobą, która niewątpliwie istnieje u p. Dra I. według badania nie tylko naszego, ale i rozmaitych specyjalistów, a która to choroba rzeczywiście daje się podciągnąć pod pojęcie i obraz tak zwanéj *„railway spine.“*

Przypuściwszy zaś z powyższem zastrzeżeniem, że sąd swój opieramy na zdaniu fizyka, związek przyczynowy pomiędzy przypadkiem, którego doznał p. Dr. I. w nocy z 13 na 14/1 1888 a obecnem jego cierpieniem, musimy cierpienie to uznać za ciężkie nadwerężenie zdrowia, co do przebiegu i ostatecznego zejścia którego nie możemy obecnie wydać stanowczego orzeczenia, a to z powodu, że wszyscy autorowie zgadzają się na to, że biegu téj choroby nigdy przesądzać nie można, ponieważ ona według doświadczenia w ostatnich dopiero latach nagromadzonego przebiegu bardzo powoli i zdradliwie, że może wprawdzie zakończyć się wyzdrowieniem, ale częstokroć jest i nieuleczną. Jak dotąd choroba przedstawiała pewne wahania, albowiem sam p. Dr. I. podaje, że pewne objawy chorobowe złagodniały, inne zaś utrzymują się, następnie badanie wzroku wykazało, że wprawdzie przekrwienie siatkówek i nerwów wzrokowych jest mniejsze teraz, aniżeli w przeszłym roku, natomiast ograniczenie pola widzenia co do barw czerwonéj i zielonéj utrzymuje się bez zmian, a nawet nieco postępowało; jest to najlepszym dowodem, że przebieg jest bardzo powolny, że więc tak polepszenie jako i pogorszenie wymaga dłuższego czasu, że i leczenie ciągłe również tylko skutek bardzo powolny okazuje — z których to powodów usprawiedliwione jest nasze zdanie, że zejścia ostatecznego przesądzać nie można.

V. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Prof. Brieger (Berlin): **O prątkach i jadach chorobowych.**

Przedewszystkiem badać należy chemizm prątków celem klinicznego zrozumienia przyrody chorób, wywołanych przez prątki chorobotwórcze. Czysto mechaniczne bowiem rozszerzenie się, jako też odbieranie tlenu i białka przez bakteryje nie wystarczało do wytłomaczenia objawów chorobowych. Z chaosu wytworów gnicia wyjęto indol, kwas karbolowy, kresole, skatol, więc ciała należące do szeregu aromatycznego, które same działają trująco i przeciwgnilnie. Nagromadzenie się więc własnych wytworów życiowych powstrzymuje dalszy rozrost ich rodzicieli. Z tego wynika znów wyjaśnienie dla spraw w ustroju ludzkim, gdyż główna część ludzkiego przewodu pokarmowego jest tylko ogniskiem gnicia, w którem ustawicznie toczą się sprawy, jakie osiągamy za pomocą sztucznych prób gnicia. Te trujące wytwory wymiany materyi schyzomycetów tworzą w ciele przez połączenie się z kwasem siarkowym, i gdy ten już nie wystarcza, z krążącem we krwi ciałem pochodzącem z cukru, kwasem glykuronowym, nieszkodliwe połączenia podwójne. Jeżeli siła życiowa jest obniżona, wtedy te środki zabezpieczenia nie działają i napotykamy w chorobach jelit sprowadzających sposoczenie tkanek, jako też w chorobach zakaźnych, jak w błonicy, róży twarzy, niektórych przypadkach ropnicy i płonicy powiększone wydzielanie ciał żywicznych, a szczególnie kwasu karbolowego. Daleko większe kliniczne znaczenie niż te ciała aromatyczne, posiadają zasadowe wytwory wymiany materyi prątków, gdyż te nietylko szkodzą czynnościom życiowym, ale także takowe wprost zniszczyć mogą. B. nazywa silnie trujące zasady toksynami, nietrujące ptomainami. Ustrój ludzki i zwierzęcy potrzebuje do utrzymania swego życia obok pewnych soli nieorgani-

cznych, obok węglowodanów i tłuszczów jeszcze szczególnie ciał białkowatych, a mianowicie ich drobiny złożone podczas trawienia rozdzielone zostają na pojedyncze, gdyż tylko tych ustrój użyć może. Jaką więc rolę odgrywają prątki w wewnętrznéj ekonomii człowieka i zwierzęcia, nie jest jeszcze jasnem. Według powszechnie przyjętego zapatrywania są to zakisy, które sprowadzają odpowiedni rozkład pokarmów w przewodzie trawienia. Już w pierwszym okresie trawienia, gdy ciała białkowate zamieniają się w swe odmiany rozpuszczalne, w peptony, napotykamy toksyny. Badacze spostrzegali często po wstrzyknięciu peptonów groźne objawy zatrucia. Rzeczywiście wyciągnięto z włóknika strawionego za pomocą pepsyny truciznę, peptotoksynę, która zabija niższe zwierzęta wśród objawów porażenia tylnych odnóg i utraty przytomności. Obficiéj występują ptomainy i toksyny, gdy prątki biorą udział w dalszym rozkładzie ciał białkowych; i tak otrzymano ze zgniłego mięsa człowieka, konia, wołu neurydynę, kadaweryne, putrescynę, z toksyn mydatoksynę i jad izomeryczny z tyfotoksyną, jako też neurynę i metylgwanidynę. Neuryna powstać może tylko z choliny przez to, że z tego mało trującego składnika obficie w przyrodzie znachodzącej się lecytyny prątki wyjmują drobinę wody. Tę pojedynczą przemianę zastępuje tylko w większéj dawce skuteczna cholina silną trucizną, neuryną, sprowadzającą ogólne porażenie i rozkurczowe porażenie serca. Prócz tego występują pod wpływem neuryny jeszcze inne dla grupy zasad jak muskaryna działających tak cechujące objawy, jak łzawienie, ślinienie, zwężenie źrenic, obfitą biegunkę. Metylgwanidyna jednak zawdzięcza swe powstanie sile utleniającej własności prątków. Jako źródło metylgwanidyny, trucizny sprowadzającéj groźne kurcze, należy uważać niewinny, wszystkim zwierzętom ssącym wspólny składnik mięsa, kreatynę. Opisane powyżéj ptomainy i toksyny przyczyniają się do powstania dolegliwości umysłowych i nerwowych zboczeń, spostrzeganych w następstwie chorób narządu trawienia, zabijających często wiele ludzi. Szczególne kliniczne znaczenie posiadają te toksyny i ptomainy, które zawdzięczają swe powstanie aktualnéj sile chorobotwórczych prątków. Stafylokoki i streptokoki, stanowiące przyczynę t. z. zatrucia krwi, ropnicy i posocznicy, przedstawiają klinicznie pod względem dążności niszczenia pewne odmiany, tłomaczące się ich odmiennym chemizmem. *Staphyl. p. aur.* Rosenbacha wywołuje w pożywce mięsnéj (obok pewnego ptomainu) bardzo wiele amonijaku, zaś *Strcpt. pyog.* Ros. w téj saméj pożywce dużo trymetylaminu. Z hodowli prątków durowych wynika toksyna, zwana tyfotoksyna, z prątków cholerycznych Kocha penta-i tetra-metylendijamina, metylgwanidyna i inne toksyny. Miejscowe zadrażnienie jelit, obfita biegunka, powstrzymanie krzepnienia krwi, obniżenie ciepłoty, kurcze mięśniowe, wszystkie te cholerę tak cechujące objawy, a nawet szczególny zapach wydzielin cholerycznych, tłomaczyć można tą chemiczną siłą nośników cholery. Szczególną właściwość zdradzają prątki cholery jeszcze przez to, że już po krótkim pobycie w pożywkach sprawiają po dodaniu zgęszczonego kwasu siarkowego powstawanie ślicznie czerwonych lub niebiesko fluoreskujących barwików, czerwieni cholerycznéj. (*Wien. med. Blätt.* 1889, Nr. 40 i 41). *Dr. Baschkopf.*

Apostoli i Laguerrière (Paryż): **O działaniu dodatniego bieguna prądu stałego na bakteryje.**

Już przed kilku laty wskazywali ci autorowie na antyseptyczne własności prądu stałego. Rzecz bliżéj badając postępowali oni w ten sposób, iż bieguny prądu zanurzali do epruwetki hodowlę na bulijonie zawierającéj, prąd otwierali, poczem bakteryjami z téj saméj kultury wziętemi szczepili. Wyniki ostatecznych badań są następujące: 1) Skuteczność działania prądu galwanicznego stoi w stosunku prostym do siły prądu. 2) Nie czas trwania prądu, lecz jego siła jest głównym czynnikiem. 3) Prąd o sile 300 MA., przez 5 minut stosowany, niszczy prątki wąglikowe. 4) Prąd o sile 100 MA. bakteryj nie zabija. 5) Do zniszczenia przyczynia się tylko biegun dodatni, który wywołuje utlenianie i tworzenie się kwasów. (*Münch. med. Wschft.* 1890, Nr. 19).

Patologija.

Prof Winternitz: **O szczególnem oddziaływaniu skóry**[1]).

Reakcyja skóry po zadrażnieniu jéj, znana pod nazwą autografizmu, a polegająca na tem, iż przy posuwaniu patyczkiem występują w miejscach dotkniętych plamy sznurkowe nabrzmiewające i rozlewające się (skóra bibulasta), podlega pewnym zmianom, zasadzającym się na sinem zabarwieniu miejsc zadrażnionych. Winternitz tłomaczy to zjawisko w ten sposób, że w powierzchownych naczyniach włosowatych gromadzące się ciałka krwi wydzielają przez skórę CO_2, a O z powietrza wciągają, czyli że przez skórę oddychają. Krążenie oczywiście w tych naczyńkach musi być powolniejsze, niż w stanie zwykłego zdrowia. Ostatniemi czasy widział W. trzy przypadki autografizmu u osób, które przebyły ciężką influenzę. W dwóch przypadkach po najlżejszem mechanicznem podrażnieniu występowały charakterystyczne linije, w trzecim towarzyszyły posuwającemu się patyczkowi wynaczynionki, które przybierały ciemno-ceglastą barwę i przy ucisku palcem nie znikały. Przypadek ten przedstawiał także dotychczas jeszcze przez żadnego autora nie spostrzegany objaw. Jeżeli chorego położono na grzbiet, występowały na całéj tylnéj powierzchni ciała sine plamy, kompletne plamy pośmiertne. Osłabienie mięśnia sercowego i opuchlina poprzednio rozpoznane już były. Po odpowiedniem lekowaniu, a mianowicie po zadaniu *strophantus*, wszystkie te objawy ustąpiły. (*M. med. Woch.* 1890, Nr. 19). *Dr. Mendelsburg.*

Terapija.

Prof. Köbner: **O użyciu preparatów jodowych i bromowych przez odbytnicę dla celów miejscowych i ogólnych.**

K. poleca usilnie lewatywy z powyższych preparatów przy zapaleniu gruczołu krokowego. *Kali jodati, Kali bromati āā* 3·0 gr., *Aqu. dest.* 200·0 gr. na 10 lewatyw tak, że łyżkę tego rozczynu daje się do 50 lub 100 gr. wody letniéj. Na godzinę przed lewatywą jodowo-bromową należy oczyścić odbytnicę za pomocą lewatywy z czystéj wody. Dla przyspieszenia działania można jeszcze do każdéj lewatywy dodać kilka kropel (3—10) nalewki jodowéj. Dla celów ogólnych zalecają się takie lewatywy u chorych (np. kiłowych), których żołądek nie znosi jodu, a także u chorych, którzy z jakichkolwiek powodów źle połykają. Jod i brom za pomocą lewatyw działa o wiele prędzéj i silniéj, aniżeli wzięty przez żołądek. (*Ther. Mon.* H. III, 1889).

Dr. Jaworowski: **O leczeniu nowotworów za pomocą prądu galwanicznego.**

1. Dziewczyna 19-letnia. Nowotwór wielkości jaja kurzego na szyi nieprzesuwalny, od 2 lat istniejący. Zastosowano 60 razy prąd galwaniczny, a nowotwór malejąc powoli, wreszcie znikł zupełnie. Po upływie 2½ roku dziewczyna ta badana nie ma recydywy.

2. Dziewczyna 20-letnia. Od trzech miesięcy obrzęk mały, przesuwalny, lekko bolesny, szybko rosnący w lewym gruczole sutkowym. Po 70 posiedzeniach obrzęk znikł. Po 2 latach nie ma recydywy.

3. Kobieta 29-letnia. Od 8 lat nowotwór w jamie brzusznéj prawie całkowicie ją zajmujący. Miesiączka bardzo obfita i bolesna. Przez 3 miesiące stosowano prąd galwaniczny. Obwód brzucha zmniejszył się o 14 cm.; miesiączka prawidłowa i niebolesna.

4. Kobieta 40-letnia. Od dwu lat małe stwardnienie w gruczole sutkowym lewym. Siostra umarła skutkiem raka sutka. Przez 3 miesiące stosowano prąd galwaniczny. Stwardnienie sutka ustąpiło. Po 2 latach nie ma recydywy.

5. Włókniak macicy u kobiety 30 letniéj. Z tego powodu krwotoki maciczne. Po 10 posiedzeniach krwotoki ustąpiły, a nowotwór się zmniejszył. Po 8 miesiącach badanie wykazało, że guz znikł.

6. W przypadku torbiela jajnikowego leczenie prądem galwanicznym było bez skutku. (*Gaz. Lek.* 1889, IX, 40).

Dr. Süsskind.

Prof. Ziemssen (Monachijum): **Leczenie choroby Brighta.**

Leczenie objawów chorobowych objętych nazwą choroby Brighta jest dotychczas czysto empiryczne. Nie mamy leku,

[1]) Odczyt miany na 9 zjeździe lek. niem. we Wiedniu.

któryby umiał bezpośrednio na nerkę wpłynąć i powstrzymać zmiany anatomiczne w niéj się rozwijające. Leczenie według rady Ziemssena winno być więcéj stósowane środkami domowemi, naturalnemi, niż kuchnią łacińską, bo *polipharmacia* właśnie w tych chorobach jest błędem, którego lekarze wystrzegać się winni. Prawie wszystkie przetwory aptekarskie dłużéj podawane niedobrze działają na przewód pokarmowy i przyczyniają się tym sposobem do niedostatecznego odżywiania, a jest ono pierwszem i najważniejszem wskazaniem leczniczem w chorobie Brighta. Garbnik, octan ołowiowy, nie dawno zalecana fuksyna lub brombenzol są wobec białkomoczu bezsilne, a dla organizmu nie obojętne. Jeżeli koniecznie chcemy coś przepisać, to najlepiéj jeszcze *secale cornutum*, które w połączeniu z dyjetą mleczną i jednostajnem ciepłem i spokojem łóżka może czasem być pożyteczne. Wodną puchlinę najlepiéj zwalczać wzmożoną dyjaforezą za pomocą kąpieli parowych, a mianowicie napotnych w silnie ogrzanych komorach. Za pomocą przyrządów Vulpiusa i Fuchsa można je dzisiaj urządzać w mieszkaniu chorego. U ludzi ubogich kąpiele parowe zastąpić możemy obwijaniami Priessnitza. Z przetworów aptekarskich zalecić można *digitalis* i *kali aceticum*. Pilokarpina może być użyta tylko u ludzi silnych i zażywnych. Kalomel tylko w *hydrops cardialis* działa jako lek moczopędny, w *hydrops renalis* jest zupełnie bezskuteczny. Unikać także należy *diuretica acria* i *drastica*. Opuchlinę najlepiéj zwalczać sposobami mechanicznemi, do których zaliczamy mięsienie i drenowanie sposobem Santheya (*Capillardrainagen*). Sposób ten Ziemssen nadzwyczaj zachwala. W jednym przypadku udało mu się 27 litrów (!) płynu tym sposobem wysączyć z ciała. O leczeniu uremii nie wiele daje się powiedzieć. Ziemssen używa głównie okładów lodowych, naparstnicy i wina szampańskiego. Podskórnie wstrzyknięta morfina często jest użyteczną. (*W. m. Bl.* 1890, Nr. 20).

Dr. Mendelsburg.

Choroby wewnętrzne.

Prof. Jaksch (Graz): **O czasowym przebiegu wydzielania się kwasu solnego w żołądku.**

J. przeprowadził swoje badania za pomocą modyfikacyi sposobu Sonquista u dzieci rozmaitego wieku i przy zmiennem odżywianiu. Oddziaływania za pomocą barwików są niedostateczne dla ścisłego wykazania kwasu solnego, chociaż praktycznie niezbędne; najlepszym jest odczynnik Günzburga. J. znalazł, że stosownie do rodzaju żywności zachodzą znaczne różnice w wydzielaniu kwasu solnego; we wszystkich przypadkach stwierdzono już w kwadrans po przyjęciu pokarmów wolny kwas solny, którego ilość w ciągu następnych godzin trwale, chociaż z przerwami się powiększała. Ilość HCl dochodzi w 1 do 3-ech godzin po przyjęciu pokarmów do *maximum*, najpowolniéj powiększają się wartości przy żywieniu mięsem, prędzéj przy żywieniu mlecznem, a najprędzéj przy wodnikach węgla. Z tego widać, jak wielkie znaczenie ma rodzaj próbnego obiadu dla rozpoznawczego zużytkowania znalezionych ilości HCl. Inny szereg doświadczeń, w których u dzieci rozmaitego wieku i ciężaru ciała przy jednakowem żywieniu w jednakowych odstępach czasu wydzielane wartości HCl ilościowo oznaczano, wykazał, że wartości te zachowywały się proporcyjonalnie do ciężaru ciała i że na 1 kilogr. dziecka przypada w przybliżeniu równa ilość w rozmaitych latach życia. Nieżytowe stany żołądka prowadzą zawsze do zmniejszenia wydzielania HCl (*Münch. med. Woch.*, 1889, Nr. 42).

Wstrzykiwania kreosotu do tchawicy w suchotach. Wstrzykiwania leków do tchawicy od dawna bywają rozlegle stósowane u zwierząt, które takowe bardzo dobrze znoszą; nawet ciała drażniące, jak n. p. czysty nastój jodowy, można wstrzykiwać bez szkody koniom, krowom do tchawicy. Ponieważ takie doświadczenia u człowieka tylko rzadko się robi, dla tego zasługuje na uwagę praca L. Dora, lekarza szpitalnego w Lyon, o leczeniu suchot przez wstrzykiwania olejų kreozotowego do tchawicy. Leczył on dotąd 15-tu chorych 300-stu wstrzykiwaniami; używa rozczynu 1:20 wyjałowionéj oliwy. Z tego wstrzykuje $^1/_2$—2 gr. za pomocą strzykawki krtaniowéj, którą pod kontrolą lustra przesuwa do szpary głosowéj i podczas wdechu szybko wstrzykuje. Niektórzy potem tylko kaszlą, u innych powstaje chwilowy skurcz głośni, natomiast nigdy nie widział zaniepokających objawów duszenia się. Chorzy szybko przyzwyczajają się do tego zabiegu. W ogóle zdaje się, że wyniki są pomyślne, niektórzy chorzy doznali znacznéj poprawy.

Wypłukiwania jelit w durze poleca na zasadzie kilku w ten sposób szczęśliwie leczonych przypadków Buchman. Znaczne wlewania zimnéj wody zmniejszają szybko gorączkę, usuwają wzdęcie brzucha, gnilny rozkład treści jelitowéj i w jelicie wytworzone toksyny. *Dr. Baschkopf.*

Choroby nerwowe.

Prof. Schultze: **Głuchoniemota a zapalenie opon mózgu.**

Chłopiec 9-letni zapadł nagłe na gorączkę, ból głowy, wymioty i zaparcie stolca. Prócz tego każdego uderzyły wielkie rozdrażnienie chorego i utrudniona niewyraźna mowa. Po upływie trzech dni nastąpiła zupełna głuchota. Późniéj chory powolnie tracił mowę, aż ją zupełnie utracił. W 14 roku życia umarł na gruźlicę płuc, a oględziny pośmiertne wykazały: Mózg i rdzeń prawidłowe. W uchu środkowem (jamie bębenkowéj) nic nieprawidłowego. Badanie drobnowidowe rdzenia przedłużonego wykazało zupełnie prawidłowe zachowanie się jąder nerwów słuchowych. Za to nerwy słuchowe bardzo cienkie, zanikłe. Przy badaniu drobnowidowem przekroju tychże nerwów okazało się, że takowe utraciły prawie wszystkie włókna nerwowe. Ten zanik nerwów słuchowych sięgał aż do rdzenia przedłużonego. Także w błędniku znaleziono bardzo znaczne zmiany, a mianowicie organ Cortiego znikł, jamy ślimaka i kanałów kolistych wypełnione tkanką kostninową i komurkami granulacyjnemi.

S. sądzi, że w tym przypadku, jak i w wielu innych podobnych istnieć musiało zakaźne ostre zapalenie opon mózgowych (choroba spokrewniona prawdopodobnie z *poliomyelitis acuta*), a w następstwie tegoż zapalenie błędnika. Zdaje się, że mikroorganizmy znajdują w błędniku, (do którego się dostają za pomocą otworu słuchowego wewnętrznego) dobrą glebę dla swego rozwoju i wywołują wyż opisane zmiany, podczas gdy na oponach i na nerwie twarzowym żadnych nie pozostawiają śladów (*Virchows Arch.* 1890, 1).

Strümpell: *Neuritis multiplex*, **porażenie obu nerwów twarzowych i niezborność** (*ataxia*) **w ruchach odnóg dolnych.**

Kupiec 26-letni w październiku 1887 r. zapadł na różę ramienia prawego skutkiem ukąszenia owadu. W grudniu wystąpiły bóle w skroniach i niepewność w chodzeniu. Po kilku dniach bóle skroniowe wzmogły się bardzo, a w odnogach dolnych gwałtowny ból się pojawił tak, że chory nie był w stanie opuścić łóżka. Z początkiem stycznia 1888 znalazł S.: Porażenie obu nerwów twarzowych, bolesność mięśni kończyn przy ucisku, niezborność w ruchach kończyn dolnych. Brak objawów kolanowych, nieznaczne przytępienie czucia. Na twarzy zupełna reakcyja zwyrodnienia, a w kończynach nie było wybitnéj zmiany na oddziaływanie elektryczne. Bóle i niezborność ruchów szybko ustąpiły. Porażenie twarzy ustępowało bardzo powoli i dopiero po kilkumiesiącach ustąpiło. (*Neurol. Centralbl.* VIII, 21, 1889). *Dr. Süsskind.*

Campe: **Przyczynek do leczenia świerzbiączki sromu.**

Naśladując Blackwooda używał C. prądu galwanicznego małego przyrządu Spamera i był zupełnie zadowolonym z wyniku tego sposobu leczenia. Silne swędzenie części rodnych, ud i międzykrocza ustępowało już po trzech miesiącach. Również znikało zaczerwienienie miejsc chorobą zajętych, pozostawiając uczucie tylko nieznacznego pieczenia, które jednak chorym wcale nie dokuczało, ani też nie pobudzało do drapania. Anodę umieszczał w sromie, katodę zaś przesuwał po chorych częściach skóry. (*Centralbl. f. Gynäkol.*).

Chirurgija.

M. Schede: **Przyczynki do chirurgicznego leczenia niedrożności kiszek.**

Jako przyczynę złych wyników leczenia téj choroby uważa S. niedostateczne rozpoznawanie zamknięcia jelit. Pomijając pytania co do siedziby i rodzaju tego zamknięcia, nie możemy nawet na pewne rozstrzygnąć, czy w danym przypadku mamy rzeczywiście nieprzezwyciężoną przeszkodę w poruszaniu się kału, którą tylko przez operacyję można usunąć. A przecież zależy los chorych, których musimy operować, wyłącznie od wcześnie rozpoznanéj konieczności operacyi. W ogóle

można powiedzieć, że objawy są tem gwałtowniejsze, zapad tem szybszy, im szybciéj i dokładniéj nastąpiło zamknięcie jelit i im wyżéj ono jest usadowione. S. przypuszcza, że właśnie w tych najostrzejszych przypadkach rokowanie doszczętnéj operacyi przez cięcie brzuszne jest dobrem. Oczywiście musi wtedy być zabieg jak najmniéj rozległym, co tylko wtedy może mieć miejsce, jeżeli: 1) siedziba przeszkody jest znaną i 2) jeżeli jest tego rodzaju, że ją łatwo i bez znaczniejszego obnażenia trzew brzusznych usunąć można. Jeżeli umiejscowienie jest nieznane, to można użyć dwojakiego sposobu: albo przepuszczamy po małem środkowem cięciu brzusznem pętle jelit przez palce, wkładając natychmiast oglądaną część, albo też wypuszczamy od razu po wielkiem cięciu brzusznem całe jelito. Ostatni sposób pozwala wprawdzie dokładniéj przejrzeć trzewa, jest jednak niebezpieczniejszy niż pierwszy. Te ostre przypadki niedrożności stanowią mniejszość, najczęściéj przechodzi kilka dni, nim nabieramy przeświadczenia, że bez operacyi ocalenie jest niemożebne. Do tego czasu jednak wyczerpuje się odporność chorego i o zabiegu celem usunięcia przeszkody nie może już być mowa. Wtedy tylko przez założenie odbytu nieprawidłowego możemy usunąć niebezpieczeństwo, polegające na zastoinie kałowéj. S. nacina, jeżeli szczególne powody nie przemawiają za innem miejscem, w tym celu kiszkę ślepą i wszywa jelito grube lub jeśli ono jest próżnem, jedną z najbliższych rozdętych pętli jelita cienkiego, w ścianę brzuszną i wypróżnia natychmiast przez nacięcie treść jelita. S. zwraca uwagę, że założenie odbytu nieprawidłowego wcale nie jest zawsze tylko rezultatem paliatywnym, lecz często wystarcza do usunięcia przeszkody w poruszaniu się kału i przywraca trwale naturalne stosunki. Jeżeli przez to nie przywracamy prawidłowéj drogi, to możemy późniéj przedsięwziąć zabieg doszczętny pod daleko korzystniejszemi warunkami, niż w czasie istniejącéj niedrożności. (*D. med. W.*, 1889, Nr. 40).

Dr. Baschkopf.

Dr. Rotter: **Przepłukiwanie pęcherza moczowego bez kateteru.**

Wprowadzanie kateteru jest dla wielu mężczyzn zabiegiem bolesnym i nieprzyjemnym, stosowanie więc przemywań pęcherza często u chorych na opór natrafia. Dr. Rotter podaje sposób przepłukiwania pęcherza bez użycia kateteru. Chorego kładzie się na wznak z nieco podniesioną miednicą. Pomocnik albo też sam chory podtrzymuje sobie prącie, do którego otworu wprowadzamy trestkę zwykłego irygatora, którego płynem użyć zamierzamy, napełnionego i na ścianie zawieszonego. W rurze kauczukowéj irygatora nie powinno znajdować się powietrze, co przez upuszczenie cieczy i zamknięcie kurka przy trestce łatwo osiągnąć można. Po minucie spostrzeżemy, że pęcherz w miarę ubywania płynu w irygatorze powoli się płynem wypełnia, co za pomocą wypuku skonstatować można. Silne parcie na mocz występuje wtedy, jeżeli pęcherz jest już zupełnie pełny. Odsuwamy też zaraz irrygator, a chory oddaje ciecz z pęcherza jak mocz. Metodą tą można jednorazowo wprowadzić do pęcherza 500 do 700 sz. cm. cieczy. (*Münch. med. Woch.* 1890, Nr. 20).

Dr Mendelsburg.

Friedrich (Waszyngton): **O endoskopowaniu.**

F. poleca usilnie używanie endoskopu w wszystkich uporczywych przypadkach zapalenia cewki moczowéj w celu rozpoznawczym i leczniczym (miejscowe przypalanie). Pierwszeństwo daje zwykłym rurkom metalowym, albo z kauczuku twardego. Przyznaje wprawdzie trudność rozpoznawania za pomocą endoskopu, ale przez ćwiczenie można nabyć pewności. Jako przykład przytacza dwa przypadki z własnéj praktyki; w obu był wypływ ropny i ból przy oddawaniu moczu, bez nacieku okołocewkowego, bez bolesnych miejsc, bez krwi w wydzielinie. Długi czas leczono je bez skutku środkami przeciwgorączkowemi. Endoskop wykazał wrzód na górnéj ścianie cewki; późniejsze wystąpienie obrzmienia gruczołów i wysypka potwierdziły rozpoznanie endoskopijne: wrzodu twardego. W drugim przypadku dopiero objawy ogólne wskazały na błąd; endoskop wykazał bliznę po wrzodzie kiłowym cewki. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* Rocznik 20).

Holstein: **O wstrzykiwaniach jodoformu z eterem w ropniach zimnych.**

Pierwszy Mikulicz użył w klinice Billrotha w dwóch przypadkach zimnych ropni na wewnętrznéj powierzchni uda wstrzykiwania zawiesiny jodoformowéj w r. 1881. Od tego czasu wielu chirurgów potwierdziło dobre wyniki otrzymane tym sposobem leczenia. Zapatrywania H. są następujące: 1. Wstrzykiwania zawiesiny jodoformu w eterze są wobec ropni opadowych równie skuteczne, jak zabieg krwawy. 2. Zalety są: łatwość i bezpieczeństwo wykonywania, brak szpecących blizn i pomyślny wpływ na stan ogólny. 3. Wstrzykiwania te wskazane są szczególnie w następujących przypadkach: jeżeli ropień zimny znajduje się w takiem miejscu, w którem chętnie uniknęlibyśmy blizny ze względów kosmetycznych; daléj w ropniach opadowych, w których zabieg krwawy byłby zbyt znacznym (wyskrobanie w okolicy kręgosłupa, dołka obojczykowego), wreszcie, jeżeli zdrowie jest znacznie podupadłe. (*Thèse de Paris*).

L. M. Sweetnam (Toronto): **Leczenie zwężeń kiszki odchodowéj za pomocą rozszerzadeł macicznych Barnesa.**

S. poleca powyższy sposób jako skuteczne leczenie zwężeń prostnicy. Rozszerzadła Barnesa mają te zalety, że je można łatwo głęboko do jelita wprowadzić, że można wywrzeć znaczną siłę z odpowiednią pewnością i że całe działanie użytéj siły wyzyskanem zostaje do rozszerzenia zwężenia. Sposób ten jest również i z tego powodu dobrym, że przy usiłowanem wprowadzeniu dylatatora nie drażni się rzyci, że ciśnienie zostaje wywartem w linijach równoległych, że można zrobić rozszerzadła o dowolnéj długości i o potrzebnym przekroju. (*Vierteljahr. f. Derm. u. Syph.* Rocznik XX).

Choroby oczne.

Ziem (Gdańsk): **O chorobach oka w przebiegu chorób nosa.**

Z. przypomina, że naczynia krwionośne oczodołu stoją w ścisłym związku z naczyniami krwionośnemi sąsiednich jam, a przedewszystkiem jamy czaszkowéj i nosowéj, czem wytłomaczyć można liczne znane choroby współczulne narządu wzrokowego i zawartości sąsiednich jam ciała. Z. już kilkakrotnie donosił o chorobach śródocznych w przebiegu lub w następstwie chorób nosowych. Rozchodziło się w tych pracach o przypady astenopii przy przewlekłem zatkaniu nosa, o napływ krwi do ciałka rzęskowego w następstwie przypiekania palnikiem galwanicznym błony śluzowéj nosa, o dłuższe trwanie urazowego zapalenia ciałka rzęskowego przy równoczesnem zatkaniu nosa, o zapalenie tęczówki w przypadkach ropienia nosa i jego jam sąsiednich, o stany podobne do jaskry, lub o choroby poprzedzające jaskrę w następstwie ropnego zapalenia błony śluzowéj jamy górnoszczękowéj i jeszcze o wiele innych zmian śródocznych. Za pomocą całego szeregu spostrzeżeń starał się Z. udowodnić, że już przy wyłącznem uwzględnianiu równocześnie istniejącéj choroby nosa może znacznie polepszyć się bystrość wzroku, szerokość akomodacyi i pole widzenia chorego oka, że liczne dotychczas bez widocznego lub żadnego wyniku leczone przypadki zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego przy odpowiedniem leczeniu choroby nosa doznawają zupełnego wyleczenia. Od czasu ogłoszenia pierwszych prac spostrzegał Z. liczne przypadki chorobowe, stwierdzające te i podobne okoliczności, których dokładne opisy, jako też rysunki pola widzenia mieszczą się w Nr. 38 i 39 *Berl. med. Woch.* 1889.

Dr. Baschkopf.

Choroby weneryczne.

Karol Koch (Norymberga): **Zapalenie syfilityczne palców i paluchów.**

Autor obserwował i wyleczył dwa przypadki *dactylitis syphilitica* przeznaczone z powodu złego rozpoznania do leczenia operacyjnego i to go spowodowało do bliższego zaznajomienia się z tą sprawą.

Rozróżnia on *dactylitis syphilitica* starszych i dzieci i każdą z osobna opisuje.

Pierwsza jest dość rzadkiem cierpieniem, występuje zwykle w 10—25 lat po nabyciu kiły, a rozwija się w częściach miękkich, kościach lub, co się rzadko zdarza, w stawach palców. Jeżeli wychodzi z części miękkich, to występuje jako ograniczone nacieki, jako mniejsze lub większe guzki, nad któremi skóra jest niezmienioną i przesuwalną lub też przychodzi do rozległego jednostajnego nacieczenia części miękkich palców. Konsystencyja obrzęku jest wówczas twarda, a skóra nad nim blada. Palec zajęty grubieje znacznie. Przy

odpowiedniem leczeniu lub dobrowolnie może ta sprawa ustąpić, zwykle jednak ulega obrzęk rozpadowi, ten szerzy się i podczas gdy w miejscu, które najpierw uległo rozpadowi, następuje gojenie, dając bliznę miedzianéj barwy, rozpad szerzy się w otoczeniu i powstają zatoki wypełnione słoninowatemi granulacyjami. Przy dłuższem trwaniu cierpienia tworzą się na okostnéj zgrubienia zmieniające jeszcze bardziéj kształt zajętego palca, w falangach powstają ubytki istoty kostnéj, a wreszcie zostają zajęte stawy. W tych razach po ustąpieniu sprawy zapalnéj palec ulega znacznemu zniekształtnieniu przy znacznem upośledzeniu lub zupełnem zniesieniu funkcyj. O wiele częściéj rozpoczyna się ta sprawa w kości jako zapalenie szpiku kostnego (*osteomyelitis* lub zap. kilak. okostnéj *periostitis gummosa*). W pierwszym razie przychodzi do bujania granulacyj kilakowych w przestworach zajętych przez szpik kostny, te uciskają na kość, wywołują zanik i ścieńczenie istoty zbitéj kości, rozdymają falangę i sprowadzają wskutek tego znaczne zgrubienie palca. Skóra bywa prawidłowo zabarwioną, napiętą i wygładzoną, ale łatwo przesuwalną. Ostatecznem zejściem tego cierpienia jest skrócenie i ścieńczenie zajętéj falangi wskutek zaniku kości. W *periostitis gummosa* wytwarzają się granulacyje galaretowate lub słoninowate między falangą a okostną, przez co palec grubieje nieraz znacznie. Konsystencyja obrzęku początkowo miękka, z czasem twardnieje, przy dotyku jest palec bolesny. Zejście téj formy bywa różne. Może nastąpić wessanie granulacyj, a wówczas kształt i funkcyje palca nie ulegają zmianie, zwykle jednak przychodzi do rozrzedzenia tkanki kostnéj (*osteoporosis*) zajętéj falangi, z następowem skróceniem i zcieńczeniem palca, a wreszcie może część lub nawet cała falanga uledz obumarciu, wywołać ropienie i po przebiciu części miękkich zostać wydaloną na zewnątrz. Stawy bywają zwykle w późnych okresach cierpienia kiłowego palców zajęte następowo. Pierwotne zajęcie stawów jest bardzo rzadkie. Autorowi znane są tylko dwa przypadki i to jeden przez niego samego obserwowany, a drugi z literatury. Rozpoczyna się ono ostro wśród bólów, wzmagających się nocą i przy ucisku i prowadzi w krótkim czasie do zniszczenia chrząstek i wiązadeł stawowych, co można poznać po wybitnéj krepitacyi i nadmiernéj ruchomości stawu, a wreszcie po zroście kostnym falang między sobą. U dzieci nie jest ta sprawa dokładnie znaną, bo zaledwie 18 przypadków zdołał K. zebrać. W 17 przypadkach były dzieci dotknięte kiłą wrodzoną, raz nabytą w 3 roku życia. Zmiany w tym przypadku wystąpiły na wskazującym i średnim palcu lewéj ręki w 5 roku życia. *Dactylitis syphilitica* występuje u dzieci często już w pierwszych tygodniach, wogóle najczęściéj w pierwszym roku życia, rzadziéj zaś między 2—6 rokiem, a rozwija się zawsze w kościach. Jeżeli powstaje dość wcześnie, t. j. w pierwszych latach życia, to występuje zawsze jako zap. szpiku kostnego (*osteomyelitis*) i nie ma charakteru cierpienia kiłowego, ale jest podobną do rozdęcia kości (*spina ventosa*) dzieci skrofulicznych. U dzieci już rozwiniętych może przyjąć niekiedy charakter cierpienia kiłowego, wychodzącego z kości, a opisanego już poprzednio, najczęściéj jednak i tu występuje jako zap. szpiku kostnego, rzadko zaś i to u dzieci już starszych, jako zap. okostnéj. Kiłowe zap. szpiku kostnego u dzieci rozwija się powoli, prowadzi do znacznego, jednostajnego zgrubienia całéj falangi (najczęściéj pierwszéj), skóra przytem bywa niezmienioną, jest tylko napiętą, wygładzoną, a po dłuższem trwaniu cierpienia staje się znacznie cieńszą wskutek zaniku. Palec przyjmuje kształt flaszkowaty. Zejście cierpienia bywa różne. Albo prawidłowy kształt i funkcyje palca powracają i wytwarza się tylko lekkie zgrubienie falangi, albo z czasem przechodzi sprawa chorobowa na części miękkie, wywołuje ich rozpad z wytworzeniem charakterystycznych wrzodów kiłowych, których następstwem jest wytworzenie się blizn promienistych, zniekształcenie i upośledzenie funkcyj palców.

Rozpoznanie jest trudnem, jeżeli badaniem lub wywiadami nie możemy stwierdzić istnienia kiły. W takim razie trzeba wykluczyć inne cierpienia palców (względnie paluchów), dające podobny obraz chorobowy, jak n. p. gruźlicze, w podagrze i moczówce cukrowéj wydarzające się, a wreszcie nowotwory, jak mięsak i chrzęstniak. Jeżeli ten sposób nie upewnia nas w rozpoznaniu, wówczas radzi K. rozpoznawanie *ex juvantibus*, tak często praktykowane w cierpieniach o podejrzanéj naturze kiłowéj. Rokowanie nie jest zbyt pomyślnem z powodu uporczywości cierpienia i często występującego upośledzenia funkcyi chorego palca. Jest ono jednak lepszem u starszych z nabytą, niż u małych dzieci z wrodzoną kiłą. Leczenie wymaga przeprowadzenia kuracyi przeciwkiłowéj obok mniejszych zabiegów chirurgicznych, jak otwarcia wytwarzanych ropni, usunięcia odszczepów, wyskrobania owrzodzeń. Od wszelkich zabiegów operacyjnych na palcach należy się wstrzymać i tylko wtedy je wykonać, jeżeli leczenie ogólne daje wynik ujemny. (*Sammlung klinischer Vorträge*, Ns. 359). *Dr. Kurasiewicz.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie

z walnego Zgromadzenia Towarzystwa lekarzy galic., odbytego w dniu 19 kwietnia 1890.

Sekretarz jeneralny Dr. Merunowicz odczytał spis obecnych delegatów a mianowicie: Towarzystwo krakowskie reprezentują: Dr. Krówczyński i Dr. Rieger. Sekcyję brzeżańską: Dr. Lachowicz; czortkowską: Dr. Obtułowicz; jasielską: Dr. Biesiadecki; kołomyjską: Dr. Rosner Maksymilijan; lwowską: Dr. Klemens Dębicki, Dr. Mahl i Dr. Strojnowski; przemyską: Dr. Cassina; rzeszowską: Dr. Barzycki; stanisławowską: Dr. Machnowski; stryjską; Dr. Serkowski; tarnowską: Dr. Merunowicz; żółkiewską: Dr. Broniowski.

Oprócz tego obecni ze strony Rady zawiadowczéj Towarzystwa: Drowie Czyzewicz, Merczyński, Smutny i weterynarz kraj. Littich; nadto jako goście: Drowie Kramarzyński, Wiktor; weterynarze: Kretowicz, Kubicki.

1) Po sprawdzeniu dostatecznej liczby delegatów do prawomocności uchwał walnego zgromadzenia, dał Dr. Czyżewicz, prezes Towarzystwa, pogląd ogólny na rozwój i działalność Towarzystwa w ubiegłym roku.

2) Przewodniczącym walnego zgromadzenia na wniosek Dra Czyżewicza wybrano przez aklamacyję dra Riegera.

3) Sekretarza generalnego uwolniono od czytania szczegółowego sprawozdania, które drukowane rozdano obecnym delegatom.

4) Na wniosek przewodniczącego oddano cześć zmarłym członkom Towarzystwa przez powstanie.

5) Sekretarz generalny Dr. Merunowicz złożył ustne sprawozdanie ze stanu fundacyi Bonifacego i Magdaleny Stillerów.

Na wniosek Dr. Cassiny wydano absolutoryjum i wyrażono uznanie za żmudne zajęcie się tą sprawą.

6) W imieniu komisyi rewizyjnéj zdawał sprawozdanie Dr. Serkowski i uczynił wniosek, aby udzielono absolutoryjum za wzorowo prowadzone rachunki kasowe, któryto wniosek zgromadzenie jednomyślnie przyjęło.

7) Z porządku dziennego nastąpiła zmiana statutu Towarzystwa. Drukowany projekt statutu został między delegatów rozdany i po krótkiéj dyskusyi z małemi poprawkami, więcéj stylistycznemi, jednogłośnie przyjęty.

8) Sekcyja kołomyjska przedstawiła wniosek: Towarzystwo lekarskie galic. postara się o to, aby lekarze będący członkami Towarzystwa mogli się zabezpieczać na życie w Towarzystwie wzajemnych ubezpieczeń w Krakowie pod korzystniejszemi warunkami, aniżeli to obecnie dla poszczególnych lekarzy jest możliwem.

Nad tym wnioskiem, po wyczerpującéj dyskusyi, w któréj zabierali głos Drowie: Merunowicz, Rosner, Czyżewicz i Biesiadecki, przeszło walne zgromadzenie do porządku dziennego.

9) Sekcyja stanisławowska uczyniła wniosek w sprawie lekarzy przy kasach chorych, czy wobec tego, że niektórzy lekarze nie stosowali się do odezwy wydanéj w swoim czasie przez sekcyję lwowską do wszystkich lekarzy galicyjskich, nie należałoby zwolnić i innych lekarzy od danego słowa, iż w sprawie téj trzymać się będą wskazówek w pomienionéj odezwie podanych.

Na wniosek Dra Cassiny przeszło zgromadzenie nad tym wnioskiem do porządku dziennego.

10) Następujący wniosek sekcyi rzeszowskiéj przyjęto jednomyślnie: „Rada zawiadowcza zajmie się dalszą akcyją w sprawie podwyższenia rang i płac lekarzy powiatowych, a wykonywając ustęp drugi rezolucyi powziętéj podczas wiedeńskiego kongresu hygienicznego przez lekarzy powiatowych wszystkich krajów koronnych, aby wnieść petycyję nietylko do wys. c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych, lecz nadto i do obu izb Rady Państwa, zniosła się w téj sprawie z towarzystwami lekarskiemi, względnie wprost z lekarzami powiatowymi innych krajów koronnych co do wspólnego i równoczesnego w téj sprawie dalszego postępowania“.

11) Nad wnioskiem sekcyi czortkowskiéj w sprawie budowy domu własnego dla Towarzystwa lekarskiego galic. po kilku wyjaśnieniach przeszło zgromadzenie do porządku dziennego.

12) Wniosek sekcyi czortkowskiéj: „Towarzystwo lekarzy galic. w porozumieniu z Towarzystwem ogólnem lekarzy austryjackich wystosuje memoryjał do najwyższéj Rady sanitarnéj, ewentualnie do najwyższych Władz rządowych lub do Izb poselskich, aby reklama i sprzedaż wszelkich tajnych i uniwersalnych leków stanowczo wzbronioną została“. Po przemówieniu Dra Merunowicza i Dra Obtułowicza przedstawiony wniosek jednomyślnie przyjęto.

13) Następujący wniosek sekcyi czortkowskiéj przyjęto bez dyskusyi: „Z uwagi, że technicy zębowi (Zahntechniker) krążą od powiatu do powiatu pod pozorem sprzedaży szczek i sztucznych zębów, a właściwie celem wykonywania partactwa lekarskiego na polu dentystyki, — okazuje się rzeczą konieczną przypomnienie wszystkim lekarzom, że tymże technikom zębowym według dotąd obowiązujących rozporządzeń nie wolno podejmować żadnych rękoczynów w jamie ust, a tem mniéj jeszcze nie wolno wydawać świadectw wychwalających ich zręczność na polu rwania i plombowania zębów; nadto celem zaprowadzenia jednostajnego postępowania ze strony lekarzy rządowych jest rzeczą konieczną, aby lekarze ci ściśle nadzorowali działalność tychże wędrujących techników zębowych i natychmiast z pomocą władzy powiatowéj zmuszali ich do opuszczania powiatu, jeżeli zaczynają odgrywać rolę prawdziwych dentystów i wszelkie rękoczyny w jamie ustnéj podejmują.

14) Na wniosek Rady zawiadowczéj udzielono jednéj wdowie po lekarzu zapomogę w kwocie 100 złr. Dwom wdowom przyznano stałą pensyję roczną po 120 złr. i jednéj sierocie po lekarzu taką samą pensyję aż do osiągnięcia wieku normalnego. Nad prośbami dwóch innych wdów przeszło zgromadzenie walne na razie do porządku dziennego.

15) Dr. Bylicki w zastępstwie Dra Mahla czyni wniosek w sprawie kas chorych, któryto wniosek po przemówieniu Dra Merunowicza uchwalono traktować regulaminowo.

16) Dr. Obtułowicz porusza sprawę istnienia funduszu Sadowskiego na szpital powiatowy w Czortkowie, co przyjęto do wiadomości.

17) Do komisyi rewizyjnéj na r. 1890 wybrano delegatów sekcyi rzeszowskiéj i przemyskiéj.

18) Prezesem Towarzystwa lekarzy galic. wybrano Dra Adama Czyżewicza; zastępcą prezesa Dra Riegera; skarbnikiem generalnym Dra Zdzisława Lachowicza. Do Wydziału Rady zawiadowczéj wybrani: Drowie Bylicki, Merczyński, Smutny, Ziembicki syn. Sekretarz generalny Dr. Merunowicz, jako wybrany na lat trzy poprzednio, pozostaje sekretarzem generalnym nadal.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Dr. Józef Merunowicz, sekretarz jener. towarz. — *Dr. Zygmunt Rieger* przewodn. zgromadzenia.

Sekcyja lwowska Tow. lekarzy galicyjskich

Posiedzenie z dnia 15 kwietnia 1890 r.

Obecnych członków 30. Przewodniczący: kol. Bylicki.

Kol. Krówczyński przedstawia chorą ze swego oddziału w szpit. powsz. z moluskami na szyi. Następnie kol. Świątkiewicz z oddz. Krówczyńskiego chorą z pomyślnym bardzo przebiegiem rany oparzelinowéj traktowanéj *cum magisterio bismuthi*. Kol. Sztembarth chorą, u któréj na *lupus faciei* stosowano z ujemnym rezultatem polecany ostatniemi czasy aristol.

Przy téj sposobności kol. Krówczyński mówiąc o stosowaniu aristolu na swym oddziele zaznacza, że nigdy nie mógł się w nim dopatrzyć zachwalanych własności i sądzi, że wkrótce przy leczeniu *lupus* zapomnianym będzie.

Kolega Piotrowski przedstawia dziewczynę 19-letnią, u któréj bez ważniejszego momentu etyjologicznego powstał przed rokiem ból głowy, zawroty, wymioty, rozstrój psychiczny, ataktyczny chód, uczucie zawracania od strony prawéj ku lewéj z istotnem zwracaniem połowy ciała w temże znaczeniu, bolesność przy opukiwaniu tyłogłowia z prawéj strony tuż przy samych kręgach, porażenie nerwów *trigeminus* I i II gałęzi, *abducens*, *acusticus* (bez zmian w uchu środkowem), częściowo *facialis*, oraz porażenie tegoż. P. wyklucza chron. sprawy zapalne, absces i t. d. i przypuszcza nowotwór wychodzący z móżdżka, zajmujący robaka, *pedunculi cerebelli*, a w dalszym ciągu wymienione nerwy. Rokuje niepomyślnie.

Kol. Prus twierdzi, że objawy te przemawiają za chorobą Meniéra, a również myślećby można o *sclerosis disseminata*.

W dyskusyi zabierają głos: Pisek, Szpilmann, Feigel i Stachiewicz. Na zarzuty czynione mu przez kolegę Prusa odpowiada Piotrowski, że wykluczyć może stanowczo zajęcie ucha z powodu ujemnego wyniku badania, braku napadów gorączki. Wyklucza również następowe zajęcie środkowego dołu czaszkowego, gdyż sprawa tak długo trwająca i tak dalece posunięta musiałaby w tym razie wywołać tarczę zastoinową, a bezwarunkowo porażenie n. okoruchowego. Na zarzut kol. Feigla, że nowotwory rozwijają się znacznie szybciéj, odpowiada, że wykluczył guzki gruźlicze wobec zdrowych narządów wewnętrznych, z tego samego powodu wykluczył mięsaka i raka ze względu na wiek młody. Pozostaje największe prawdopodobieństwo wolno rozwijającego się *glioma*. Kol. Jendl zwraca uwagę kol. Prusa, że choroby Meniéra zarówno ze względu na wynik z naciskiem przez kol. Piotr. zaznaczony otyjatrycznego badania, jak i objawy przypuścić niepodobna. O *sclerosis disseminata* nawet mowy być nie może.

Ze względu na spóźnioną porę resztę porządku dziennego odroczono do najbliższego posiedzenia. *Dr. Teodor Jendl.*

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Wirpsza: O kile w Samarze w latach 1876—1886.

W. podaje przyczynek do znajomości szerzenia się chorób wenerycznych w Rosyi z statystycznem zestawieniem 5574 przypadków, które w przeciągu powyższego dziesięciolecia leczono w szpitalu samaryjskim. Mężczyzn było 3855, kobiet 485, oprócz tego 1035 prostytutek i 198 dzieci. Na 2877 chorób wenerycznych leczono: na ostrą rzeżączkę cewki moczowéj 430, na przewlekłą 97, *Balanoposthitis* było 86 przypadków, *Phimosis* i *Paraphimosis* 179. Rzeżączka wikłała się z zapaleniem przyjądrza 205 razy, z zapaleniem gruczołu krokowego 19 razy, z zapal. pęcherza moczowego 62 razy. Daléj było 74 przypadków zwężeń u mężczyzn. Z 1247 przypadków wrzodów wenerycznych było 495 powikłań z dymienicami. Na kiłę leczono 2697 osób, z których 83 (3·07%) przypada na wrzód twardy, 2038 (75·5%) przypadków kiły wczesnéj i 576 (24·4%) kiły późnéj. Leczenie kiły: 1. Wcierania. 2. Wewnętrzne używanie sublimatu, *Protojodur hydrarg.*, *Decoct. Zittmani*, jodek potasu i jodoform. 3. Podskórne wstrzykiwanie sublimatu z solą kuchenną, które robiono w 37 przypadkach i nigdy nie było ropienia. Ambulatoryjnie leczono na choroby weneryczne i kiłowe 5499 osób. Liczby te świadczą o nadzwyczajnem rozszerzaniu się chorób wenerycznych w miastach rosyjskich. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* Rocznik XX). *Dr. Baschkopf.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 26 czerwca. Wiadomo, że na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie uchwalono, aby Zjazd następny odbył się w r. 1891 w Krakowie, a wybrano proff. Rostafińskiego i Rydygiera przewodniczącymi Wydziału gospodarczego. Z uwagi, że przygotowania do Zjazdu wymagają dużo czasu i zachodu, wspomnieni profesorowie rozpoczęli czynności od utworzenia Wydziału gospodarczego, który już odbył 2 posiedzenia, a po ukon-

stytuowaniu się i wybraniu sekretarzem profesora Szajnochy, a skarbnikiem doc. Zarewicza, uchwalił na posiedzeniu odbytem d. 15 bm. co następuje:

1. Przyszły Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbędzie się w miesiącu lipcu 1891 r.

2. Uczestnicy mają na miesiąc przed rozpoczęciem się Zjazdu przedłożyć treść zamierzonych **wykładów** w téj formie, aby bez zmiany w dzienniku Zjazdu mogła być pomieszczoną. Odczytywanie prac nie będzie dopuszczone na Zjeździe.

3. Przedłożone będą na Zjeździe pod rozprawy pewne ogólniejsze kwestyje, podane przez właściwe sekcyje, a przedstawione przez referentów z góry oznaczyć się mających.

Na posiedzeniu odbytem d. 22 bm. Wydział gospodarczy uchwalił, że Zjazd składać się będzie z 14 sekcyj, dla których zarazem wyznaczył tymczasowych przewodniczących, których zadaniem będzie utworzyć tymczasowe sekcyje z członków miejscowych, aby one w porozumieniu się z członkami zamiejscowymi przedłożyły kwestyje ogólniejsze, mające być dyskutowane na Zjeździe.

Sekcyje te będą następujące:

1. Sekcyja medycyny teoretycznéj (fizyjologija, histologija, anatomija, patologija). Przewodniczący: prof. Cybulski.
2. Higijeny i medycyny sądowéj, prof. Blumenstok.
3. Antropologii, prof. Kopernicki.
4. Medycyny wewnętrznéj, prof. Korczyński.
5. Chirurgiczna, prof. Rydygier.
6. Ginekologiczna, prof. Madurowicz.
7. Okulistyczna, prof. Rydel.
8. Farmakologii i farmacyi, prof. Łazarski.
9. Weterynaryi, doc. Walentowicz.
10. Fizyko-matematyczna, prof. Witkowski.
11. Chemiczna, prof. Olszewski.
12. Mineralogii, Geologii i Geografii, prof. Szajnocha.
13. Zoologii i anatomii porównawczéj, prof. Wierzejski.
14. Botaniczna, prof. Rostafiński.

Wydział gospodarczy uprasza wszystkie pisma polskie o powtórzenie tego zawiadomienia.

* **II. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie.** Dalsze wykłady zapowiedzieli:

21. Dr. Barącz (ze Lwowa): Przypadek promienicy płuc i klatki piersiowéj z demonstracyją preparatów.

22. Tenże: Nowy sposób operowania polipów nosopołykowych.

23. Dr. Bohosiewicz (z Krakowa): Przedstawienie dwóch przypadków guza wrodzonego w okolicy krzyżowéj za pomocą operacyi wyleczonych.

24. Dr. Schramm (ze Lwowa): Resekcyje jelit u dzieci (z demonstracyją preparatów).

25. Tenże: Elektroliza w zastosowaniu do leczenia nowotworów nie nadających się do operacyi.

* Na ostatniem posiedzeniu Wydziału lekarskiego wybrany został dziekanem na rok przyszły jednogłośnie prof. Madurowicz. Gdy tenże atoli oświadczył stanowczo, że wyboru przyjąć nie może, Wydział, uznając motywa przez niego przytoczone, wybrał równie jednomyślnie dziekanem prof. Rydla. Następnie zamianował Dra Sroczyńskiego na dalsze 2 lata asystentem przy klinice okulistycznéj, a Dra Klemensa Rutowskiego na 2 lata drugim bezpłatnym elewem przy klinice lekarskiéj. Wreszcie zastanowił się Wydział nad odezwą Rady m. Krakowa względem odstąpienia placu Aryjańskiego pod buddwę kliniki, jednak dla spóźnionéj pory uchwałę nad tą kwestyją odroczył do posiedzenia następnego.

* Komitet krajowy austryjacko-węgierski, mający na celu przyczynienie się do jak najliczniejszego odwidzania X. Zjazdu lek. międzynarodowego w Berlinie, przesłał nam odezwę swoją z prośbą o umieszczenie w tygodniku naszym. Życzeniu temu nie możemy uczynić zadość, bobyśmy musieli tłomaczyć odezwę niemiecką dosyć obszerną, ale sądzimy, że wystarczy przypomnienie, iż rodacy, zamierzający udać się na ten Zjazd, za pośrednictwem prof. Browicza, który wchodzi w skład tego komitetu, mogą otrzymać wszelkie informacyje.

* W ostatnim numerze *Berl. klin. Woch.* czytamy co następuje; „Pomiędzy zgłoszeniami do wystawy naukowéj, w ostatnich dniach licznie nadesłanemi, znajduje się jedno, które niezawodnie wzbudzi zajęcie powszechne: otóż. prof. Teichman w Krakowie wystawia na Zjeździe sławny swój zbiór anatomicznych preparatów injekcyjnych, których ryciny umieszczone są we wszystkich podręcznikach.“

* Na Zjeździe lek. międzynarodowym w Berlinie spodziewają się 5—6000 uczestników.

* W parlamencie i senacie francuskim zasiada 80 lekarzy, którzy bez względu na stronnictwo, do którego się zaliczają, zastanawiają się wspólnie nad sprawami, odnoszącemi się do zawodu lekarskiego. U nas tak w Radzie państwa, jakoteż w Sejmie naszym posłuje zaledwie kilku lekarzy, którzy dla swojéj małéj liczby naturalnie żadnego wpływu wywierać nie mogą na sprawy sanitarne i lekarskie.

* W Krynicy do dn. 18 bm. było gości 935, w Cieplicach czeskich 2546.

* Na fundusz dla wdów i sierót po lekarzach złożyli koll. sekundaryjusze szpitala św. Łazarza kwotę 14 złr. 12 ct., którą przesłaliśmy p. protomedykowi.

(Dr. J. T.) **Rosyja.** Komitet rosyjski X. Zjazdu lek. międzynarodowego w Berlinie podaje do wiadomości, że dyrektor departamentu lek. i inspektor główny wojenno lek. oświadczyli chęć udzielenia urlopu lekarzom życzącym udać się na Zjazd do Berlina; członkami Zjazdu mogą być i lekarze-kobiety; drogi żelazne rosyjskie udzielają bezpłatnie bilety jazdy członkom.

Ostatniemi czasy pisma fachowe i polityczne wystąpiły z potępieniem kilku znakomitości lekarskich; tak prof. Zacharijna w Moskwie, lekarza-milijonera, z powodu, że kolegom odmawia porady lekarskiéj nie tylko bezpłatnéj, ale nawet za pieniądze; prof. chirurgii w Petersburgu Nasiłowa za jego poglądy naukowe, osobliwie za „chirurgiję dróg żółciowych,“ w któréj opisuje cholecystotomiję w celu wyjęcia kamyków, a miał do czynienia z rakiem trzustki.

Stopień doktorów medycyny otrzymali w Petersburgu pp.: E. Bacewicz, L. Bujko, B. Kozłowski i Dr. Leszczyński. Stopnie lekarzy uzyskali w Kijowie: pp. Zdzisław Korsak, Leonard Kaczorowski, Michał Landsberg, Antoni Wilczopolski, Józef Maliszewski, Antoni Niewiarowski, Ignacy Potemkowski, Stan. Protnicki, Feliks Sławiński, Michał Czygłowski, Edward Szkoda, Konrad Leśniewicz, Mieczyslaw Szwengruben, Wacław Horbatowski i Stanisław Brochnicki.

Dr. Szmulewicz otrzymał pozwolenie na wydawanie czasopisma *„Sanitarnoje Dieło“*.

Przeniesieni w stan spoczynku proff. uniwers. dorpackiego: Schmidt i p. Oettingen. Zmarli: Dr. Józef Oskierko w Doleszycach gub. Mińskiéj, licząc lat 64.

* **Wiadomości uniwersyteckie.** Liczba uczniów w uniwersytetach niemieckich zwiększa się ciągle, przeważnie w wydziałach lekarskich. W Berlinie liczba uczniów medycyny w półroczu bieżącem wynosi 1184 (profesorów liczy wydział lekarski zwyczajnych 15, 1 honorowego, 48 nadzwyczajnych i 64 docentów prywatnych). W Gryfii liczba uczniów wynosi 421, w Marburgu 259. — **Berlin.** Prof. tytularny Brieger mianowany został profesorem nadzw. — **Monachijum.** Profesor Nussbaum z powodu ciągłéj schorzałości na własne żądanie uwolniony został od obowiązków profesora tymczasowo, a wykłady chirurgii i kierownictwo kliniki objął mianowany zwyczajnym profesorem chirurgii prof. Otmar Angerer. — **Wiedeń.** Dziekanem Wydziału lek. na rok przyszły wybrany został prof. anatomii opisowéj Zuckerkandl. — **Budapeszt.** Rektorem uniwersytetu wybrany prof. okulistyki Schulek, a prof. nadzw. psychijatryi Dr. Karol Laufenauer mianowany zwyczajnym profesorem.— **Graz.** Dziekanem na rok przyszły wybrany został prof. Schnabel, gdy prof. Wölffler jednogłośnie wybrany wyboru nie przyjął. — **Wrocław.** Prof. Jan Mikulicz, dawniéj w Krakowie, dotychczas w Królewcu, zamianowany został następcą Fischera.

* **Wiadomości osobowe.** Starszym lekarzem w armii czynnéj mianowani zostali Drowie: Antoni Stasina (w Przemyślu) i Jakób Eichner (w Krakowie).

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 25: Biegańskiego: Z kazuistyki chorób układu nerwowego (c. d.); — W *Gazecie Lek* Nr. 25: Jakowskiego: Kilka słów o działaniu antysept. pyoktaniny; Przedborskiego: O krwotocznem zapaleniu krtani; Rupperta: Przyczynek do patologii powikłań zap. płuc włóknikowego (c. d.); Lublinera: 5 przypadków zaszczepienia gruźlicy noworodkom przy obrzezaniu napletka.

Redakcyja otrzymała:

J. PEŁCZYŃSKI: Przyczynek do leczenia poprzecznych złamań rzepki kolanowéj (Odbitka z *Gaz. Lek.* 1890) in 8-vo, str. 4. — Zdanie sprawy Towarzystwa kolonij wakacyjnych dla dzieci w Krakowie z czynności w r. 1889, Kraków 1890, in 8-vo, str. 18.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 2 lipca o godz. 6 posiedzenie zwyczajne, na którem odbędzie się wykład kol. Walentowicza: O walce pasorzytów zwierzęcych w przewodzie pokarmowym konia z demonstracyją.

Posiedzenie **Towarzystwa ginekologicznego** odbędzie się we wtorek dnia 1 lipca o godzinie 6 w pracowni Doc. Dra Marsa. Porządek dzienny: Kol. Kohn odczyta rzecz o ichtyolu w ginekologii.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 5 Lipca 1890. Nr. 27.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

I. Przyczynek do onkologii powiek.

Podał
Dr. med. Konrad Rumszewicz w Kijowie.

Mam zamiar opisać tu kilka przypadków nowotworów powiek w ścisłem znaczeniu wyrazu, zwłaszcza tych, które ze względu na wejrzenie zewnętrzne zupełnie lub przynajmniéj bardzo przypominają jęczmyki stwardniałe (*chalazion*). Jeśli zaś o innych nowotworach, różniących się już od jęczmyka co do wejrzenia zewnętrznego, wspomnę tu również, to li tylko dla tego, że w obszerniejszych nawet nowszych podręcznikach, w artykule odpowiednim, traktowane są one zbyt pobieżnie.

Do najpospolitszych nowotworów powiek należą naczyniaki. Już Weinlechner (*Wiener med. Blätter*, Nr. 30 do 39, 1882) zebrał 23 przypadki naczyniaków powiek. Pojawiają się one bądź w postaci guzów jamistych, bądź jako rozstrzeń naczyń. Pierwsze najczęściéj powstają dopiero po urodzeniu i mogą niekiedy dochodzić do znacznych rozmiarów. Montgomery naprzykład opisuje (*Chicago Soc. of Ophth. and Otol.*, 1886) przypadek żylaka aneuryzmatycznego, powstałego wskutek obrażenia, a który zajmował całą powiekę. Przy naczyniakach powiek często spotykamy je również w innych częściach; niekiedy na bardzo znacznéj nawet przestrzeni. Michel w swym artykule o nowotworach powiek (*Handb. d. ges. Augenhk. v. Graefe u. Saemisch*) przytacza przypadek opisany przez Schirmera, w którym z prawéj strony naczyniak ciągnął się od dolnéj powieki do błony śluzowéj górnéj wargi, z lewéj strony od czoła do dolnéj wargi; znajdowano go tu rzadko na błonie śluzowéj ust i nosa, na spojówce powiek i gałki, na podniebieniu, nawet w przełyku, miejscami na szyi, na prawéj stronie piersi i brzucha, a za pomocą wziernika stwierdzono rozszerzenie żył siatkówkowych w lewem oku. Nadto wrodzone żylaki następnie bardzo często znów rosną. Tak znowuż Michel przytacza przypadek przez M. Clellanda opisany, w którym wrodzone naczyniaki powiek wielkości grochu rosły bardzo powoli, aż w 10-tym roku życia o tyle pospiesznie, że na górnéj powiece guz doszedł wielkości $^1/_3$ części jaja kurzego, na dolnéj migdała. Simon opisał (*Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 1872, 14) pod nazwą *vasomotorische Naevi* naczyniaki, które powstają w obrębie rozgałęzienia nerwu (względnie trójdzielnego). Knapp opisał przypadek (*Sprawozd. ameryk. Tow. okulist.* z r. 1880), w którym wrodzony guz naczyniowy już u 15-miesięcznego dziecka rozrósł się tak dalece, że zajmował obie powieki, oczodół, nos, brwi, lewą połowę czoła, okolice za uchem i pod uchem.

Rozszerzenia naczyń powiek i nawet odgraniczone naczyniaki mogą wreszcie powstawać wskutek utrudnionych warunków obiegu krwi w obrębie obu powiek, lub tylko pewnéj części powieki. Otóż przy każdem powiększeniu objętości powiek, bądź wskutek powstałych w nich nowotworów (zwłaszcza przy zwyrodnieniu skrobiowatem), bądź znów przy znacznie rozwiniętych garbcach oka, lub też przy powiększeniu objętości gałki ocznéj wskutek powstałych w niéj nowotworów, spostrzegamy stale znaczne rozszerzenie żył podskórnych, które w tych razach dochodzić mogą do 0·5 ctm. Miejscowe rozszerzenia naczyń krwionośnych powiek często spostrzegamy w skórze powiek, odpowiednio do długotrwałych jęczmyków stwardniałych. Zdarzyło mi się widzieć następujący przypadek:

J. D., 32-letni mężczyzna w r. 1884 zasięgał méj rady z powodu guza w części wewnętrznéj prawéj górnéj powieki, wielkości sporéj fasoli, był to jęczmyk stwardniały. Skóra powieki była wtedy zupełnie prawidłową; chory na operacyję nie zgodził się. We trzy lata późniéj zgłosił się do mnie powtórnie, a to z powodu już nie tylko jęczmyka, lecz znacznego zaczerwienienia skóry powieki, odpowiednio guzowi. W istocie jakkolwiek jęczmyk przez ten czas bynajmniéj się nie powiększył, jednakże odpowiadająca mu skóra powieki była znacznie zgrubiałą, barwy czerwono błękitnéj, usianą niewyraźnemi czerwonemi punkcikami, przytem zupełnie miękką i przesuwalną, w środku tworzyła ostry i znacznie nad powierzchnię (przeszło o 2 mm.) wzniesiony wierzchołek. Cała powierzchnia zmienionéj w ten sposób skóry była mniejszą cokolwiek, niż największe wymiary jęczmyka. Odwróciwszy powiekę wykonałem przez spojówkę cięcie przez całą długość jęczmyka, poczem zawartość i ściany tegoż wyskrobałem za pomocą ostréj łyżeczki. Po upływie dwóch tygodni,

gdy od jęczmyka śladów już nawet nie pozostawało, czerwoność skóry powiek bynajmniéj się nie zmniejszyła, ze względów więc kosmetycznych zdecydowałem się wyciąć całą zdefigurowaną skórę. Po zastosowaniu kleszczów Desmarres'a, wyciąłem jajowaty kawał zmienionéj skóry, prowadząc cięcia w miejscach wcale jeszcze niezmienionych, poczem zasypałem powierzchnię jodoformem, zastosowałem trzy szwy i opatrunek uciskający. Krwotok następczy był żaden prawie. Badanie drobnowidowe prócz znacznego ogólnego rozszerzenia tętnic i żył w warstwach podskórnéj i właściwéj skóry i niezbyt znacznego nacieczenia drobno-komórkowego wykazało zwłaszcza bardzo znaczne powiększenie brodaweczek skórnych, z których każda zawierała grubą pętlę naczyniową. Te to pętle spostrzegaliśmy na powierzchni w postaci czerwonych punkcików.

Michel opisuje w kącie zewnętrznym oka, przeważnie na krawędzi zewnętrznéj, powstające bardzo powoli w tkance wyniosłości wielkości grochu dochodzące, barwy blado-różowéj i o gładkiéj powierzchni. Badanie drobnowidowe dowiodło istnienia włóknistéj tkanki łącznéj, która zawierała przestwory, czasem dość nawet znaczne. Ściany przestworów wysłane były komórkami śródbłonka, w przestworach zaś znajdowała się masa ziarnkowata, a w niéj komórki limfatyczne. Słusznie Michel zalicza utwory te do naczyniaków limfatycznych jamistych (*Lymphangioma cavernosum*). Stadler (*Ein Beitrag zur Lehre v. d. Lymphangiomen Diss.*, Würzburg, 1886 r.) opisuje następujący przypadek: U dziecka już zaraz po urodzeniu spostrzeżono w środku lewéj brwi miękki guz wielkości grochu. Guz rósł stopniowo i we dwa lata późniéj dziecię nie mogło już podnosić górnéj powieki. Wreszcie w połowie 5-go roku życia nowotwór zajął nietylko lewą połowę czoła i okolicę oka do brzegu swobodnego górnéj powieki, lecz ciągnął się jeszcze do brzegu górnego małżowiny ucha. Guz na całéj przestrzeni był miękki i przesuwalny. Badanie drobnowidowe wykazało, że nowotwór stanowił najzupełniejszy naczyniak limfatyczny jamisty.

Sam spostrzegałem następujący przypadek: A. O., 52-letni; spojówka powiek cokolwiek przekrwiona, nadto chory uskarża się na łzotok, zwłaszcza na wietrze, dolne powieki zgrubiałe i obrzękłe. Mocz prawidłowy. Na prawéj dolnéj powiece, w odległości 3 mm. od kąta zewnętrznego oka i na saméj krawędzi zewnętrznéj spostrzegamy guz wielkości grochu, barwy blado-rożowéj, ostry zaś wierzchołek jego blady i zupełnie przeźroczysty. W środku powieki, również na krawędzi zewnętrznéj, znajdował się zupełnie taki guz, lecz cokolwiek mniejszy, nadto wierzchołek mniéj był wzniesiony ponad poziom i mniéj też był przeźroczysty. Na zewnętrznéj krawędzi lewéj dolnéj powieki znajdowały się trzy takie guzy, nie o wiele wszakże większe od ziarnka konopianego, a wierzchołki zwrócone były zupełnie ku skórze, lecz również widocznie przeświecały. Jeden guz był położony nieopodal punktu łzowego, dwa pozostałe w okolicy kąta zewnętrznego oka, prawie jeden obok drugiego. Chory utrzymuje, iż guzy te rozwijały się stopniowo w ciągu trzech lat. W celu badania drobnowidowego guz położony na brzegu lewéj powieki obok kąta zewnętrznego wyciąłem całkowicie za pomocą dwóch cięć ostrych nożyc. Pod naskórkiem, względnie nabłonkiem, w którym żadnych zmian nie spostrzegłem, znajdowała się tylko cienka warstwa tkanki łącznéj, naczyń w środku wcale prawie nie zawierająca, brodaweczki skóry w całym obrębie guza wcale nie istniały. Daléj ku wewnątrz znaleźliśmy drobną siateczkę z włókienek tkanki łącznéj złożoną, a zawierającą liczne płaskie komórki. W samym środku guza pętle o wiele były większe, następnie większe te pętle skierowywały się ku środkowi wierzchołka guza, téj właśnie jéj części, która była bardziéj przeźroczystą. Pętle wypełniała bardzo drobnoziarnkowata masa, w któréj gdzieniegdzie napotykałem komórki limfatyczne. Ziarnkowatość ową uważać musimy jako zjawisko pośmiertne, za życia zaś musiała to być zwyczajna limfa, nieliczne komórki zawierająca. Po wycięciu guza brak powstały o tyle był nieznaczny, że poprzestałem na zasypaniu go jodoformem. Pozostałych czterech guzów nie wycinałem wcale, lecz postąpiłem w sposób następujący: po ścięciu za pomocą ostrych nożyczek przeźroczystego wierzchołka guza, poczem zawsze wypływało parę kropelek żółtawego płynu, pozostałe części wyskrobywałem za pomocą ostréj łyżeczki. Krwotok był bardzo nieznaczny, każdy guz znikał zupełnie po upływie kilku dni. Następnie zdarzyło mi się widzieć chorego w 5 miesięcy późniéj, dolne powieki były zupełnie prawidłowe, ustąpił obrzęk, ustąpiło też zupełnie podrażnienie spojówki.

Z pomiędzy nowotworów powiek bodaj czy nie najczęściéj napotykamy rakowce, w formach powierzchownéj, głębokiéj i brodawczakowéj. Przytoczę tu przypadek rakowca ostatniéj kategoryi, który zasługuje na uwagę ze względu na dziwnie powolny przebieg.

A. S., 56-letni mężczyzna, opowiada, że w 24 roku życia spostrzegł na górnéj powiece lewego oka brodaweczkę, która następnie powoli się zwiększała tak, iż w 3 lata późniéj doszła wielkości grochu, a powierzchnia jéj była nierówną, posiadała jakby poroście. Wkrótce brodawka, początkowo zupełnie płaska, stała się szypułkowatą, a we dwa lata późniéj sama przez się odpadła. Następnie chory spostrzegł znów na tem miejscu brodawkę, mając lat 35. Powtórzyło się tu to samo co uprzednio, zaś w 6 lat po powtórnem utworzeniu się znowuż odpadła. Chory następnie w ciągu 5 lat w miejscu odpowiedniem spostrzegał tylko bardzo niewielką, nieznacznie nad powierzchnią skóry wzniesioną żółtawą plamkę. W 48-ym roku życia plamka ta znowu zaczęła stopniowo się rozrastać, widząc zaś chorego w 8 lat późniéj spostrzegłem co następuje: gałka, spojówka i dolna powieka zupełnie prawidłowa, na wewnętrznéj połowie górnéj powieki znajduje się nowotwór, mający 12 mm. długości, 10 mm. szerokości, sam zaś jest wzniesiony nad powierzchnię powieki przeszło o 10 mm. Brzeg wewnętrzny jest oddalony od kąta wewnętrznego oka o 8 mm., brzeg dolny zajmuje całą prawie odpowiednią część krawędzi zewnętrznéj swobodnego brzegu powieki, jednakże co najmniéj dwie wewnętrzne trzecie części brzegu tego są zupełnie prawidłowe. Nowotwór jest przesuwalny, z chrząstką bynajmniéj niezrośnięty, barwy blado-różowéj, powierzchnia jego nierówną, pokryta wyrostkami, przy nieostrożnem dotknięciu dość często zdarzały się krwotoki, wprawdzie nieobfite. Ze względu na wywiady i na stan obecny rozpoznano: przybłoniak w formie brodawczakowéj, powstały być może z uprzedniego zwyczajnego brodawczaka.

Mając na względzie, że spojówka i chrząstka powieki górnéj zupełnie były prawidłowe, nowotwór przesuwalny wraz ze skórą, nadto, że chrząstka wogóle nie łatwo ulega rozrastaniu się w niéj rakowca, zdecydowałem się usunąć nowotwór w sposób następujący: przez cięcie w brzegu swobodnym wykonane rozdzieliłem chrząstkę na 2 płaty, mniéj lub więcéj jak przy operacyi Jaeschego-Arlta i posunąłem ten podział wyżéj górnego brzegu nowotworu. Potem wykonałem w zupełnie prawidłowéj skórze i części prawidłowéj krawędzi zewnętrznéj swobodnego brzegu powieki dwa cięcia pionowe, poczem oddzieliłem przednią warstwę chrząstki wraz z całym nowotworem od podstawy, którą już tylko warstwa wewnętrzna chrząstki, gruczoły Meiboma zawierająca, tworzyła; przekonałem się, iż tkanki pozostałe zupełnie były prawidłowe, następnie wykonałem górne cięcie poziome i w ten sposób oddzieliłem nowotwór. W celu łatwiejszego pokrycia powstałego braku, który wynosił przeszło 1·5 ctm. kw., przedłużyłem cokolwiek ku górze oba cięcia pionowe i utworzony w ten sposób płatek przyszyłem do brzegu swobodnego powieki za pomocą trzech zwyczajnych szwów.

Badanie drobnowidowe wykazało: nieopodal brzegów wyciętych części zdrowéj skóry gruczoły łojowe były powiększone, następnie stopniowo przeistaczały się w walce przybłoniaka, z których też wyłącznie składała się masa nowotworu. Widzieliśmy je i w całym obrębie wyciętéj części mięśnia okrężnego powiek, chociaż w warstwie głębszéj pęczki mięśniowe zupełnie jeszcze były prawidłowe. Co się tyczy wyciętéj warstwy chrząstki, to w téj stanowczo żadnych zgoła zmian nie spostrzegłem. Masa nowotworu o tyle była jednolitą, że w obrębie jego nie znaleźliśmy nigdzie

choć nieco przechowanych rzęsków, jakoteż gruczołów skórnych. Daléj obok brzegu dolnego prawidłowe woreczki i cebulki rzęs bardzo rzadko napotykaliśmy, nawet niewyraźne resztki zmienionych gruczołów potowych (*modificirte Schweissdrüsen* Waldeyera) spostrzegliśmy zaledwie na kilku wyrobach. Rana zagoiła się przez zrośnięcie doraźne. Od operacyi upływa już trzeci rok, a jednak recydywy dotąd niema.

Przejdźmy obecnie do nowotworów, o których poprzednio już wspomniałem, a których wejrzenie zewnętrzne w niczem lub prawie w niczem się nie różni od jęczmyka stwardniałego. Najpierw przytoczę tu pokrótce przypadki podane przez Fuchsa w jego pracy: *Ueber das Chalazion u. über einige seltenere Lidgeschwülste* (*Arch. f. Ophthalm.*, XXIV., 2).

1) Gruczolak gruczołów potowych. Guz przesuwalny, wielkości 1 ctm., cebulki włosowe dokoła obrośnięte, gruczoły łojowe prawie zanikłe. Na cięciach spostrzegł F. dwa rodzaje przewodów; prawdziwe, z walcowatym nabłonkiem, w środku z niewyraźnemi ścianami i nowo-powstałe, z nieprawidłowym płaskim nabłonkiem.

2) Gruczolak łojowych gruczołów. Guz na górnéj powiece, wielkości grochu, składający się z dwóch części. Ku zewnątrz otacza go torebka, od któréj w istotę gruczolaka wstępują przegródki. Zraziki guza stanowią wałeczki nabłonkowe, światła nie mające. Budowa najzupełniéj przypomina gruczoły nie mające próżni, a produkujące łój, jakoto: gruczoły łojowe i gruczoły Meiboma, wszakże wałeczki łoju wcale nie zawierały. Jakie jednak gruczoły dostarczyły materyjału dla budowy nowotworu, Fuchs nie jest w stanie orzec, gdyż nie wiedział, w którem mianowicie miejscu guz się znajdował.

3) Rak gruczołowy powiek. Nowotwór 1 ctm. wielkości, zrośnięty z chrząstką. Podścielisko składało się z włóknistéj tkanki łącznéj, włóknistéj i szklistéj chrząstek, które nieprawidłowo były rozrzucone. W podścielisku znajdowały się worki komórek nabłonka, miejscami przypominające resztki gruczołów. F. przypuszcza, że rak powstał tu z gruczołów Meiboma, lub też z części chrząstkowéj gruczołów Krausego.

4) Chrzęstniak chrząstki. Twardy guz, wielkości grochu, ściśle z chrząstką zrośnięty; tkanka jego pod względem budowy chrząstkę przypomina. Grube i prawie jednolite włókna pozostawiały pomiędzy sobą próżnie, na cięciach podłużnych podługowate, na cięciach zaś poprzecznych wrzecionowate, okrągłe lub trójkątne, wzajemnie zresztą między sobą połączone. Próżnie wyścielała błona, jądra zawierająca. Naczyń krwionośnych nowotwór posiadał bardzo mało. Co do przytoczonych czterech przypadków brakowało wszelkich wywiadów.

5) Mięsak powieki. U 34-letniego mężczyzny w zewnętrznéj połowie lewéj górnéj powieki znajdował się guz wielkości orzecha, niezrośnięty ani ze skórą, ani też ze spojówką. Badanie drobnowidowe dowiodło budowy mięsaka o komórkach wrzecionowatych, w niektórych miejscach ze zwyrodnieniem. Miejscami znalazł zwyrodniałe gruczoły (dodatkowe gruczoły łzowe), od których też wyprowadza rozwój nowotworu.

Nadto nowotwory powierzchowności jęczmyka spostrzegali jeszcze Van Duyse, Cruyl i Randall. W przypadku Van Duysego i Cruyla (*An. d'oculistique*, T. XCVIII., p. 112) u 7-letniéj dziewczynki, wskutek uderzenia na górnéj popowiece powstała obrzękłość, która początkowo wyglądała jak jęczmyk stwardniały. Badanie drobnowidowe wykazało wszakże, iż był to śluzomięsak. Randall (*Amer. opht. Society 23 meeting* 1887) spostrzegał u 41-letniego mężczyzny na brzegu powieki jakby jęczmyk stwardniały, przekonał się jednak, iż była to recydywa po wyciętym przed 3 laty guzie, zaś badanie drobnowidowe dowiodło budowy mięsaka. W 3 późniéj nastąpiła recydywa, która połowę powieki zajęła, a po nowéj dokonanéj operacyi znów podejrzywano początek recydywy. (Dok. nast.)

II. O liszaju żrącym (*Lupus vulgaris*).

Podał
Dr. Antoni Krokiewicz,
były asystent przy kat. anat. pat. Uniw. Jag.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 26.)

Nr. 7) J. S., l. 11. Od 6 miesięcy zauważył narośl płaską na końcu nosa, wielkości 20 centówki, sinoczerwoną, składającą się z licznych guzków. W części środkowéj widoczne jest pośród tegoż nacieku owrzodzenie na rozległości $^1/_2$ centa, pokryte zeschłą wydzieliną; na obwodzie zaś pojedyncze guzki pooddzielane są drobnemi bliznami. Jama nosowa w części przodkowéj wolna, w tylnéj zaś na pograniczu podniebienia miękkiego znajdują się na błonie śluzowéj liczne płaskie guzki, miejscami rozpadające się. Podobne guzki znajdują się i na podniebieniu miękkiem i twardem. Gruczoły podszczękowe obrzękłe. Wejrzenie chorego wybitnie skrofuliczne. Narząd oddechowy wolny od zmian gruźliczych. Rozpoznanie opiewało: *Lupus nasi, palati mollis ac duri.*

Badanie skrawków na prątki gruźlicze metodą Ehrlicha Kocha dało wynik dodatni. Badano preparatów 54; a pośród nich w jednym można było spostrzedz jeden prątek gruźliczy.

Doświadczenie: Dnia 24/5 1888 przeszczepiłem po kawałeczku z guzka wyciętego do jamy brzusznéj dwom królikom. Rany zagoiły się prawidłowo. Jeden z nich zdechł po 3 tygodniach z powodu ropnicy, drugi żył przeszło rok, bo do 20/8 r. 1889. Sekcyja wykazała: Wychudnienie spore. W gruczołach kreskowych dwa ogniska serowate rozmiękające, podobnie i w dolnych częściach płuca prawego. Na otrzewnéj skąpe gruzełki, podobnie i na opłucnéj w zakresie dolnego płatu płuca prawego. Inne narządy wolne od gruźlicy okazują znacznego stopnia niedokrewność. Badanie treści rozmiękającéj w gruczołach na obecność prątków Kocha dało wynik dodatni. Na 30 preparatów w jednym były 2 prątki. Używałem do barwienia metody Ehrlicha-Kocha.

Nr. 8) K. W., lat 22. Od 3 lat zauważyła na skórze szczęki dolnéj płaskie nacieki, w środku zabliźniające się, w obwodzie szerzące się. Na obwodzie takowych znajdują się świeże drobne guzki. Na błonie śluzowéj podniebienia twardego w okolicy siekaczów 2 guzki wielkości soczewicy. Na skórze uda lewego tuż poniżéj pośladka widoczny jest naciek wielkości dłoni noworodka, składający się z guzków płaskich, w znacznéj części rozpadających się. Podobny naciek tylko mniejszy na skórze w okolicy stawu łokciowego prawego. Odżywienie choréj bardzo dobre, płuca zdrowe. Rozpoznanie: *Lupus vulgaris multiplex.*

Badanie skrawków z wyciętego guzka z nogi na prątki Kocha przy użyciu metody Ehrlicha-Kocha na 28 preparatów dało wynik dodatni; w jednym preparacie znajdował się jeden prątek.

Doświadczenie: Dnia 29/5 r. 1888 przeszczepiłem uzyskane szczątki 3 królikom do jamy brzusznéj. Jeden z nich zdechł nazajutrz z niewiadoméj przyczyny; dwa zaś utrzymywały się przez dłuższy czas przy życiu i po upływie 5 i 6 miesięcy zostały zużyte do innych celów. Sekcyja dokonana dała wynik ujemny ze względu na obecność zmian gruźliczych.

Nr. 9) M. W., l. 18. Od kilku lat leczona z powodu liszaja żrącego na palcach ręki prawéj. Obecnie na stronie grzbietowéj ręki prawéj i palców liczne płaskie, odnawiające się nacieki obok blizn dawnych. Wejrzenie choréj skrofuliczne, blade.

Badanie skrawków na prątki Kocha przy użyciu metody Ehrlicha-Kocha dało wynik ujemny na 20 preparatów.

Doświadczenie: Dnia 30/5 r. 1888 przeszczepiłem królikowi pozostałe szczątki do jamy brzusznéj. Rana nie goiła się prawidłowo, szwy się rozluźniły dnia 5-go i królik zdechł po 2 tygodniach z powodu: *Exsudatum peritonei purulentum.*

Nr. 10) M. W., l. 25. Od 15 lat ma chorować na liszaja żrącego. Obecny stan przedstawia się jak następuje: Osoba świetnie odżywiona. Na skórze dolnéj części skrzydeł nosowych i wargi górnéj naciek o powierzchni nierównéj ziarninowéj, bladoróżowéj, miejscami pokryty zeschłą wydzieliną. Naciek ten przechodzi i na błonę śluzową wargi górnéj i na dziąsła siekaczy górnych. Dolna część przegrody jamy nosowéj zniszczona tak, iż do jamy nosowéj prowadzi jeden otwór wielkości $^1/_2$ centa. Również i dolna część skrzydeł nosowych zniszczona w zakresie

$^1/_3$ części, przezco nos cały skrócony. Na skórze wargi dolnéj znajduje się naciek wielkości czworaka, z guzków złożony, który też i na błonę śluzową przechodzi. Narząd oddechowy wolny od gruźlicy.

Badanie kawałeczków wyciętych z brzegów zniszczonego nosa co do obecności prątków gruźliczych dało wynik ujemny. Badano 40 preparatów częścią według metody Ehrlicha-Kocha, częścią według sposobu Ziehl-Neelsona.

Doświadczenie: Dnia 10/6 r. 1888 przeszczepiłem pozostałe szczątki wyciętego guzka trzem królikom do jamy brzusznéj, a z tych dwom i w tkankę podskórną na wewnętrznéj powierzchni ucha. Króliki żyły przeszło 14 miesięcy, gdyż je kazałem dopiero zabić 16/8 r. 1889. Badanie pośmiertne prócz wynędznienia sporego nic nie okazało; zmian gruźliczych nie było. Przeszczepienie szczątków w kieszonkę, w tkankę podskórną na wewnętrznéj powierzchni ucha po upływie 8—10 dni nie pozostawiło po sobie żadnego śladu widocznego.

Nr. 11) M. Z., l. 23. Od 2 lat choruje na liszaja żrącego. Obecny stan: Odżywienie dobre, wejrzenie dość zdrowe, budowa kośćca prawidłowa. Na skórze w okolicy gruczołu przyusznego liczne, płaskie nacieki, wielkości $^1/_2$ centa obok skąpych drobnych blizn. Na całym lewym policzku skóra zgrubiała, różowo zabarwiona, okazuje w środku owrzodzenie na rozległości 20-ki, pokryte strupem; w otoczeniu zaś liczne drobne guzki. Pod brodą na stronie prawéj na skórze znajdują się dość liczne guzki, a pomiędzy niemi przebiega poprzecznie blizna powierzchowna do 2 cm. długa. W końcach takowéj widoczne drobne guzki. Płuca i inne narządy wolne od gruźlicy.

Badanie skrawków co do prątków gruźliczych przy zastosowaniu metody Ehrlicha-Kocha dało wynik ujemny na 15 preparatów.

Doświadczenie: Dnia 13/6 przeszczepiłem dwom królikom do jamy brzusznéj po kawałeczku guzka wyciętego. Rany zagoiły się prawidłowo. Jeden z nich żył aż do 15/8 r. 1889, a więc przeszło 14 miesięcy i zabity nie okazywał żadnych zmian gruźliczych, drugi zaś zdechł blisko w 4 miesiące po przeszczepieniu, to jest 28/9 r. 1888. Sekcyja wykazała: Wychudnienie spore. W jamie brzusznéj powiększone cztery gruczoły kreskowe do wielkości orzechów laskowych, a na przekroju okazują one ogniska serowate. Na otrzewnéj w zakresie dolnéj części jelita biodrowego gruzełki. W wątrobie liczne drobne, wielkości główki od szpilki i ziarn prosa gruzełki, obok ogniska serowatego wielkości drobnéj soczewicy; podobnie i w śledzionie. Pomiędzy gruczołami oskrzelowemi 2 okazują ogniska serowate. Badanie treści rozmiękającéj gruczołów na prątki gruźlicze dało wynik ujemny na 40 preparatów przy użyciu metody Ehrlicha-Kocha, podczas gdy ogniska w wątrobie okazywały sporą ilość takowych.

Nr. 12) M. P., lat 10. Od roku ma trwać sprawa chorobowa. Obecnie na skrzydle lewem nosa naciek ziarninowy, bladoróżowy, pokryty strupem; w otoczeniu zaś jego drobne blizny i płaskie guzki. Dolna część przegrody nosowéj zniszczona. Na podudziu lewem znajdują się dwie blizny, ściśle z kością zrośnięte. Odżywienie nędzne, wejrzenie skrofuliczne. Narząd oddechowy wolny od gruźlicy. Badanie skrawków na prątki Kocha dało wynik ujemny na 25 preparatów przy użyciu metody Ehrlicha-Kocha.

Doświadczenie: Dnia 18/6 r. 1888 przeszczepiłem kawałeczek z guzka wyciętego do jamy brzusznéj i w tkankę podskórną na wewnętrznéj powierzchni ucha. Rany prawidłowo się zagoiły, a królik zdechł po upływie 3 miesięcy. Sekcyja dokonana nie wykazała zmian gruźliczych w żadnym narządzie.

Nr. 13) K. D., lat 40. Od 6 miesięcy zauważyła na grzbiecie stopy prawéj naciek wielkości czworaka, o powierzchni wrzodniejącéj, w otoczeniu którego znajdowały się blizny i drobne guzki. Chora zresztą zupełnie zdrowa, bez zmian gruźliczych w innych narządach wewnętrznych.

Poszukiwania w 33 preparatach prątków gruźlicych przy użyciu metody Ehrlicha-Kocha dało wynik ujemny.

Doświadczenie: Dnia 20/6 1888 przeszczepiłem królikowi kawałeczki guzków do jamy brzusznéj, lecz takowy po 2 tygodniach zdechł z powodu zapalenia otrzewnéj: *Exsudatum peritonei serofibrinosum.*

Nr. 14) K. R., l. 20. Proces chorobowy miał się rozpocząć przed rokiem na skórze twarzy, w okolicy kąta ust szczęki dolnéj lewéj. Stan obecny wykazuje: Osoba dobrego wzrostu, dobrze odżywiona, bez wszelkiego odcienia skrofulicznego. W okolicy kąta dolnéj szczęki lewéj blizna powierzchowna, wielkości talara, promienista, pośród któréj widoczne są drobne płaskie guzki. Pod brodą widoczne jest owrzodzenie wielkości 20-ki, pokryte zaschłą wydzieliną, w otoczeniu którego znajdują się płaskie, drobne guzki. Na policzku lewym poniżéj kości jarzmowéj naciek długości 4·2 cm., 1·5 szerokości, podłużny, o brzegach jakoby z drobnych guzkow złożonych, pośród którego w samym środku znajduje się szczelinowata szpara, strupem pokryta. Po zdjęciu strupa powierzchnia brzegów téj szpary jest nierówna, ziarninowa, blado-różowa, dość silnie brocząca. Na skrzydle nosowem lewem widocznych jest kilka guzków płaskich obok drobnych blizn. Narządy wewnętrzne wolne od gruźlicy.

Badanie skrawków co do obecności prątków Kocha dało wynik ujemny na 30 preparatów przy użyciu metody Ziehl-Neelsona.

Doświadczenie: Dnia 11/9 przeszczepiłem szczątki wycięte dwom królikom i to jużto do jamy brzusznéj, jużto w tkankę podskórną na wewnętrznéj powierzchni małżowiny usznéj. Rany zagoiły się prawidłowo, a króliki po upływie prawie roku zabite nie okazywały zmian gruźliczych.

Do uzupełnienia moich doświadczeń dodać mi należy, iż zawsze starałem się postępować aseptycznie. Nacieki liszaja żrącego, z których mi dozwolonem zostało szczątki wycinać, oczyszczałem poprzednio rozczynem sublimatu 1$^0/_{00}$, następnie wyskokiem i eterem. Kawałeczki wycinałem nożem wyjałowionym, jużto w płomieniu lampki spirytusowéj, jużto poprzednio zanurzonym w rozczynie 5$^0/_0$ kwasu karbolowego i następnie do suchości watą Brunsa wytartym. Przy przeszczepianiu zaś na zwierzęta postępowałem według zwykłych praw antyseptyki.

Z powyższych przypadków pojedynczych uwydatnia się dosadnie istota liszaja żrącego t. j. jego przyroda infekcyjna. Wszystkie 14 przypadków, które mi posłużyły do doświadczeń, ograniczały się jedynie tylko do zmian liszaja żrącego na skórze, jakoteż i błonie śluzowéj jamy ust i nosa; przyczem proces chorobowy powyższy okazywał rozmaicie długi czas trwania, bo od 6 miesięcy (Nr. 13) do 15 lat (Nr. 10), w przeważnéj zaś liczbie od 3—6 lat. Gruźlicy w narządach wewnętrznych w żadnym przypadku zauważyć nie mogłem. Badanie szczątków utkania wyciętego w pojedynczych przypadkach, ze względu na obecność prątków gruźliczych przy użyciu najpewniejszéj metody Ehrlicha-Kocha zaledwie w 3 przypadkach dało wynik dodatni, to jest w przypadku pod Nr. 2, 7 i 8-ym. We wszystkich tych przypadkach ilość prątków była bardzo skąpą, wynosiła od 1 do 2-ch. Również trzeba było przeglądnąć znaczniejszą liczbę preparatów, gdyż w przypadku drugim na 45 preparatów zaledwie w jednym znajdowały się 2 prątki gruźlicze; w przypadku 7-ym na 54, a w 8-ym na 28 zaledwie po jednym prątku dopatrzeć się można było. Okoliczność ta potwierdza wyraźnie wyniki Kocha, który jak wspomniałem, w jednym przypadku dopiero w 27-ym, a w drugim w 43-im preparacie mógł zauważyć prątki gruźlicze pośród utkania liszaja żrącego. Badanie skrawków w innych przypadkach na obecność prątków gruźliczych dało wynik ujemny, co jednak nie wyklucza możliwości, że tam były. Do badania bowiem zależnie od przypadku mogłem pozostawić jużto większą, jużto mniejszą część zyskanego materyjału, resztę zaś musiałem zużyć do przeszczepienia na zwierzęta, lub też do śledzenia utkania histologicznego; stąd też i liczba skrawków przeznaczona do badania na prątki przeważnie nie dochodziła do 30.

Dowodzą tego i pojedyncze przypadki, skoro się w nich bliżéj rozglądniemy. W przypadku Nr. 1, gdzie na 20 preparatów nie można było dostrzedz prątka gruźliczego, pozostała część utkania przeszczepiona na świnkę morską wywołała pośród niéj gruźlicę po 5 tygodniach. W przypadku zaś Nr. 11 na 15 preparatów nie było prątków gruźliczych,

podczas gdy cząstki pozostałe, przeszczepione 2 królikom do jamy brzusznéj, u jednego tylko wywołały gruźlicę po 4 miesiącach, u drugiego zaś nie. W przypadku Nr. 8, gdzie znów na 28 preparatów wykryto prątek gruźliczy, przeszczepienie innych kawałeczków na 3 króliki dało wynik ujemny; dwa nawet króliki żyły przeszło rok i zabite nie okazywały żadnych zmian gruźliczych. W dwóch tylko przypadkach t. j. Nr. 2 i 7-ym, ilość prątków gruźliczych musiała być nieco znaczniejszą w utkaniu liszaja żrącego, gdyż tak na preparatach, jakoteż i w doświadczeniu mogłem otrzymać dodatni wynik. Ale i tu można było zauważyć niejednostajne rozmieszczenie takowych pośród tkaniny wyciętéj. Skoro bowiem w przypadku Nr. 2 przy pierwszorazowem szczepieniu na królika wystąpiła u niego gruźlica po upływie 4 miesięcy, to przy następowem przeszczepianiu po pewnym czasie dokonanem na inne dwa króliki (pomijam trzeci, który zdechł z powodu zapalenia otrzewnéj) takowa się nie pojawiła.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z kazuistyki chorób moczopłciowych.

Podał
Dr. M. Misiewicz w Łodzi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 26).

Chcę tu kilka słów dodać o powstawaniu i rozszerzaniu się gruźlicy w narządzie moczopłciowym. Pitha (*Krankh. d. männl. Genit. und Harn.* Wiedeń) twierdzi, iż wytworzenie się produktów gruźliczych w omawianym narządzie może powstać na dwojakiéj drodze: albo wysięk nagromadzony w jądrach i błonie śluzowéj z czasem nabiera własności produktów gruźliczych, albo też dostaje się z sąsiednich narządów, n. p. z nerek.

Że jednak zarażenie nastąpić może bezpośrednio z zewnątrz, o tem przekonałem się prowadząc ścisłe notatki przewlekłych rzeżączek u osób, których żony w ten lub inny sposób zarażone były gruźlicą. To cierpienie, które pierwotnie za przewlekłą rzeżączkę uważałem, nie ustępowało ani po bardzo starannie prowadzonych sondowaniach ani po całym arsenale manipulacyj wewnątrz cewkowych, j. t. głębokich przemywań, zastosowania injektorem płynów, lub ciał stałych dmuchawką Grünfelda, wziernikiem lub porte-remedem Dittla. Według mego zdania te nieuleczne, uporczywe, a bardzo długotrwałe wycieki, w których w żaden sposób gonokoków wykazać nie możemy, a które prawie zawsze łączą się z bolesnem moczeniem, a często i krwawieniem, zależą od gruźlicy tylnego odcinka cewki. W ciągu 10-letniéj na tem polu pracy miałem nieraz do czynienia z bardzo uporczywemi rzeżączkami, trwającemi po lat kilka i jeśli tylko osoba była zresztą zdrową i dobrze odżywioną, to wynik leczenia zawsze był zadawalający, mimo, iż używałem tylko zwykłych sond Charrièra do Nr. 30. Przeciwnie, gdy osoba była bladą, wycieńczoną, źle odżywioną, a objawy zmian w cewce niby lekkie, ograniczające się do skąpéj, nawpół przeźroczystéj wydzieliny, wtedy zawsze leczenie wikłało się sprawami pobocznemi, nagłem, bez powodu powstającem parciem na mocz, bólami w międzykroczu, nagłem zapaleniem jąder, wreszcie krwawieniem z cewki, a wtedy hodowla i poszukiwanie drobnowidowe wyjaśniało mi przyczyny takiego przebiegu i chory taki prędzéj lub późniéj zapadał na gruźlicę ogólną. Tuberkulizacyja wysięku cewki ma miejsce najczęściéj u osób słabych lub do gruźlicy skłonnych, lub też u takich, które mając już wysięk w jądrze, popadają w warunki dla zdrowia nieprzychylne, do gruźlicy usposabiające, n. p. pracują w ciemnych wilgotnych miejscach, więzieniach i aresztach, ze ścieśnionem źle odwietrzanem powietrzem, przy jednoczesnem złem odżywianiu, oddają się nocnéj pracy i nocnemu czuwaniu w zaduchu i wilgoci. Wiele tu przyczynia się też przygnębienie moralne, straty nagłe majątkowe, wreszcie silne zmartwienia z powodu śmierci ukochanych osób, u wygnańców, sądownie skazanych, lub w opinii publicznéj potępionych i t. d.

Gruźlicę narządu moczopłciowego najczęściéj spotykamy w młodym wieku, w czasie dojrzewania płciowego, kiedy już i z fizyjologicznych względów istnieją kongestyje w narządach płciowych, często zbytkami w użyciu wyskoku lub *abusu in Venere* wzmagane. Produkty gruźlicze osadzają się najczęściéj w części krokowéj cewki, gdzie otwierają się wywody nasienne i kanalik wywodzący gruczołu krokowego, gruczołki Cowpera, pęcherzyk nasienny itd., a także bardzo często w przyjądrzu, lub wreszcie tu i tam jednocześnie. Wysięk powstaje powoli, bez wyraźnych zaburzeń, w postaci nacieczenia, pozbawionego wyraźniéj budowy tkankowéj, lub też w kształcie guzków i stwardnień, różnéj wielkości; nagłe powstawanie gruzełków, w towarzystwie objawów ostrych, zapalnych jako gruźlica prosowata należy w narządzie moczopłciowym do rzadkości. W takich razach gruzełki rozwijają się na przyjądrzu, jądrze i na dolnéj powierzchni cewki, od gruczołów Cowpera aż do szyi pęcherza (*trigon. Lietaudii*), w postaci wykwitów, wielkości ziarna prosa, które podlegając z czasem rozpadowi, wywołują zwężenie cewki, przewlekłe choć skąpe ropienie, bóle przy oddawaniu moczu, krwawienie i t. d. trwające nieraz latami i wyczerpujące siły chorego. Z czasem cały miąższ wypełnia się takiemi gruzełkami, a na powierzchni przeciętego jądra widzimy masę żółtych ziarn, żadnych zaś śladów miąższu. Przy takich drobnych gruzełkach jądro nie traci swego owalnego kształtu mimo kilkakrotnego nieraz powiększenia objętości. Po upływie pewnego czasu wysięk podlega przeobrażeniu wstecznemu, wskutek rozpadu tworzą się głębokie ropnie, powstałe ze zlania się guzów i tam, gdzie wprzódy wyczuwaliśmy wzniesienia, znajdujemy chełbotanie; worek mosznowy obrzęka i zrasta się z tkankami głębszemi; wreszcie guzy pękają, z ropni sączy się ropa z surowicą, a w niéj pływają liczne i zserowaciałe tkanki. Ropienie takie trwa długo, skóra obok ropni obrzęka, twardnieje i podlega również rozpadowi, zagojenie idzie bardzo opornie; obok ropni tworzą się przetoki, słowem wszystkie charakterystyczne objawy, jakie napotykamy przy rozpadzie gruczołów chłonnych, u osób zołzowatych. Z przyjądrza sprawa rozszerza się często na sznurek nasienny, w postaci paciorków, nieraz na całym jego przebiegu usadowionych, aż do kanału pachwinowego, którego gruczoły chłonne również do sprawy wciągniętemi zostają.

Rokowanie w gruźlicy cewki i jąder zależy od siły charłactwa, odporności ustroju, możności zmiany warunków życia, wreszcie od sposobu powstawania wysięku gruźliczego. Im powolniéj powstaje guz gruźliczy, tem rokowanie lepsze, im dłużéj pozostaje *in statu quo* bez przejścia w ropienie, tem większa nadzieja eliminacyi produktów gruźliczych, szczęśliwéj kastracyi, petryfikacyi, tem więcéj czasu na poprawienie ogólnego odżywiania i podniesienie odporności chorego ustroju, usunąć mogącéj niebezpieczeństwo uogólnienia gruźlicy. Nagły rozwój gruźlicy, obok objawów zapalnych, każe nam oczekiwać tylko również nagłego rozpadu tkanek, a co za tem idzie i zniszczenia odnośnych narządów.

Zmiany anatomiczne w cewce są bardzo podobne do takichże w jądrach, lecz z powodu rozszerzenia się w kierunku kanału cewkowego nie są tak wydatne. Błona śluzowa podlega ropieniu wskutek rozpadu pojedynczych, bardzo nieraz drobnych gruzełków, a wskutek zniszczenia jéj ścian powstają bardzo uporczywe zwężenia, krwotoki i bolesne oddawanie moczu. Sprawa rozszerza się zwykle do szyi pęcherza, przechodzi na gruczoł krokowy, a nieraz zajmuje i pęcherz, wywołuje niedostateczność jego muskulatury, parcie i uczucie nader bolesne przy wydalaniu moczu, którego ilość stopniowo się zmniejsza. Stan taki trwa nieraz całe lata i śród niesprzyjających dla chorego warunków tworzą się zatoki moczowe, fałszywe drogi, przetoki do odbytnicy i t. d. Tymczasem w jądrze sprawa nie zatrzymuje się, lecz drąży w głąb, tworzą się głębokie lejkowate ropnie; powoli i drugie jądro bierze udział w sprawie, ulega również jak pierwsze zniszczeniu, a zupełna niemoc jest prostem następstwem téj złośliwéj sprawy.

Przy rozpoznawaniu należy zawsze starannie wyłączyć przymiotowy guz jąder (*Sarcocele syphilitica*), zajmujący przeważnie miąższ, podczas gdy przyjądrze jest wolne, albo jest nawet w stanie zaniku więcéj, niż obrzęku. Jądro wtedy ma kształt owalny, nigdy zaś kanciasty, jak to bywa w gruźlicy, nie podlega tak często ropieniu i tak prędko rozpadowi, przytem są inne objawy, wskazujące przymiot. Przeszłość chorego i wszystkie dane trzeba wziąść pod uwagę przed zastosowaniem leczenia jodem lub rtęcią, które daje nam dobry wynik w przymiocie, lecz w gruźlicy będzie szkodliwem, lub co najmniéj bezskutecznem.

Łeczenie wymaga przedewszystkiem usunięcia wszystkich momentów, usposabiających do gruźlicy i wzmocnienia chorego, przez pobyt na wyniosłem i zdrowem powietrzu, przy zupełnym spokoju tak moralnym jakoteż i fizycznym i prawidłowości funkcyi trzew i narządów moczopłciowych; w drugim rzędzie stoi wodolecznictwo, a jako dodatek środki toniczne, (tran, jodek żelaza, kreozot i t. d.). Miejscowo, jak wspomniałem, powinniśmy wszystko usuwać, co może cewkę lub jądro drażnić, a tem samem przyspieszyć rozpad produktów gruźliczych; przeciwnie, zadaniem naszem jest jak najdłuższe ochranianie takowych. Po wytworzeniu się ropni postępowanie jest identyczne z leczeniem wrzodów zołzowatych, a zatem staranne leczenie przeciwgnilne, absolutny spokój chorych narządów, a obojętnem tu jest, czy zastosujemy rtęć, jod, azotan srebra, lub zupełnie niewinne środki, gdyż sprawa, niezależnie od nich rozszerza się daléj i niszczy siły chorego. W rozpaczliwych przypadkach nie pozostaje nam nic lepszego nad wyłuszczenie jądra, które nie zapewni nam wprawdzie zupełnego wyleczenia, ale przynajmniéj chwilowo wstrzyma rozpad i zmniejszy ból; wskazania jednak do kastracyi, z powodu nieraz bardzo groźnych objawów pobocznych, są nader ograniczone i liczyć się tu musimy z możliwością zachowania jądra i bezskutecznością nieobojętnéj bądź co bądź operacyi. Cowper, Dupuytren, Vidal opisują liczne przykłady, ostrzegające przed nieszczęśliwemi wynikami kastracyi.

Przypadek IV. Julijusz H., zgłosił się do mnie, skarżąc się na uporczywą wydzielinę z cewki, bolesne moczenie i krwawienie. Prócz tego niepokoi chorego mocz mętny, ze krwią, a nawet z osadem strzępkowatym zmięszany, jakoteż ból w okolicy lędźwiowéj, prawéj, rozprzestrzeniający się do bioder. Chory zauważył, iż wydziela mocz z trudnością, podczas moczenia musi się nadymać i czekać, nim się pęcherz opróżni, a i potem zdaje mu się, jakoby pęcherz nie był w zupełności opróżniony. Przymiotu ani rzeżączki nie przechodził, lecz przed kilkoma laty cierpiał na długotrwałe bóle w okolicy lędźwiowéj, kilka tygodni przeleżał w łóżku z powodu niemożności chodzenia; po zastósowaniu wanien otworzył się ropień w okolicy krocza, z którego wyciekła „masa“ ropy (zimny ropień, *psoitis tuberculosa?*). Chory i teraz doznaje w okolicy guza biodrowego i w międzykroczu bolów strzelających i jakby stręt wienia; cierpienia te trwają zwykle kilka dni, a jeśli nastąpi ulga, to chwilowa, gdyż bóle znowu wracają z całą gwałtownością. Nacisk na okolicę nerek, szczególniéj z prawéj strony, jest bolesnym i przyspiesza napad bólów. Chory czuje się w ogóle osłabionym i zauważył, iż w ostatnich czasach bardzo zeszczupłał, wieczorami czuje dreszcze i gorączkę od kilku tygodni, zrana wstaje zmęczonym wskutek bezsenności i potów, a nadewszystko częstego i bolesnego urynowania, do czego w ostatnim tygodniu przyplątała się biegunka.

Badanie płuc, prócz lekkiego zaostrzenia wdechowego, dało wynik ujemny; dźwięki serca niezmienione. Obejrzenie i dotykanie prawéj okolicy nerek wykazuje brak uwydatnienia lub wyniosłości, jak to bywa n. p. przy raku, gdzie spostrzegamy nieraz wyniosłość, od dolnego łuku żeber do grzebienia biodrowego. Wypukiwanie téjże okolicy wykazało jednak choć nieznaczne przytępienie, co wskazywałoby powiększenie objętości nerki lub obecność guzka; lecz ani położenie kiszki cienkiéj, przy dużych guzach prawéj nerki odsuniętéj zwykle na lewo, ani też brak dyslokacyi kiszki ślepéj i *colon ascendens* nie upoważniły do mniemania, iż guz jest wielkiéj objętości. Dolna część okolicy lędźwiowéj, bezpośrednio nad grzebieniem górnym kości biodrowéj prawéj, wykazała pewne obrzmienie, jak gdyby zależne od rozszerzonego moczowodu. Moczu wydziela chory ledwie 700 gr. na dobę, o ciężarze gatunkowym 1012, odczynie kwaśnym; koloru brudno czerwonego, z $2\%_0$ białka; w osadzie liczne ciałka krwi i mniéj lub więcéj zmienione ciałka ropy. Te ostatnie posiadają kształt nieforemny, niektóre były już w stanie rozpadu drobinowego; w ogóle pod działaniem kw. octowego nie wykazują one jądra, lecz grupki ziarniste. W osadzie często znajdowałem bezkształtne grupy ziarniste i drobnoustroje gnilne i ropotwórcze (streptokoki i różne odmiany *bac. pyogenes*). Innym razem znalazłem nabrzękłe ciałka nabłonkowe z błony śluzowéj pęcherza pochodzące, tak pojedyncze, jakoteż całemi płatkami, a niektóre komórki w stanie przeistoczenia tłuszczowego. Mocz wydzielany z rana posiadał odczyn średni lub słabo alkaliczny, konsystencyję śluzową, ciągnącą się, zawierał więcéj ropy, a także cylindry trzech odmian, zwykłe, nabłonkowe, ziarniste i żółtawe błyszczące (woskowe). W ostatnim, badanym przezemnie moczu, znalazłem włókienka i drobne strzępki tkanki łącznéj, nierozpuszczalne w kw. octowym Szczególniejszą uwagę zwracałem też na to, czy nie znajdę małych gruzełków, wielkości główki szpilki, w stanie przeistoczenia serowatego, na które wskazali Lebert i Vogel, nigdy jednak dostrzedz ich nie mogłem.

W celu dokładniejszego określenia obecności krwi w moczu, napełniłem $1/3$ próbówki przefiltrowanym moczem, dodałem $30\%_0$ ługu potasowego i po zagrzaniu mięszaniny, otrzymałem na dnie osad fosfatów ziem, które zabarwiły się czerwono, t. j. uniosły za sobą barwik krwi. Po odcedzeniu osadu destylat zagotowałem i dodałem *ac. nitric.*; wystąpiło białe zmętnienie i białko osadziło się w postaci ziarnistych kłaczków. Do 1-éj części osadu dodałem znowu ługu, od którego barwa czerwona nabrała jeszcze ciemniejszego odcienia, drugą część osadu traktowałem kw. solnym, ale barwa pozostała bez zmiany, a więc nie zależała od barwików roślinnych (*rheum, senna*), wreszcie trzecią część wysuszyłem na szkiełku przedmiotowem, na którem też znalazłem wiadomym sposobem romby heminowe rozrzucone wśród bezbarwnych resztek soli kuchennéj, różnéj wielkości, po większéj części pojedyncze, rzadziéj złączone pod kątem 60°, u niektórych końce jakby zaokrąglone wskutek niedostatecznéj krystalizacyi. Ta okoliczność często nas w błąd wprowadzić może, dlatego też zwrócę uwagę na konieczność zupełnego wysuszenia osadu na szkiełku i użycia kwasu odpowiedniéj tęgości.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IV. Z kliniki chirurgicznéj prof. Rydygiera w Krakowie.

Nowe wskazanie do operacyi Wladimirowa-Mikulicza i kilka przypadków operowanych tą metodą.

Podał
Dr. Gabryszewski,
II. asystent tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24).

Prócz tego przypadku, któryśmy ze względu na nowe wskazanie nieco dokładniéj omówili, było w naszéj klinice w ostatniem pięcioleciu operowanych ośmiu sposobem Wladimirowa-Mikulicza i o nich, z powodu, że operacyja ta nie ma dotąd znaczniejszéj statystyki, chcę słów kilka powiedzieć.

Historyje chorób tych kilku przypadków są następujące:

2. K. L. lat 15 z Krynicy. *Caries necrotica pedis dextri. Resectio pedis osteopl.* Wladimirow-Mikulicz. Wynik bardzo dobry.

Dziedzicznego obciążenia nie ma, choroba rozpoczęła się przed 5 miesiącami od silnego bólu i obrzmienia w okolicy pięty, po kilku tygodniach otworzyły się trzy przetoki, wydzielające ropę i drobne cząstki obumarłéj kości.

Chłopiec licho odżywiony nie przedstawia w organach wewnętrznych zmian żadnych, noga prawa w okolicy pięty i stawu skokowego obrzmiała, trzy przetoki prowadzą do kości częścią bolesnéj, miękawéj, częścią do ruchomego sekwestru. Wykonano resekcyję osteopl. Wladimir.-Mikulicza 20-go lutego 1883 r. Rychłozrost, cztery szwy płytkowe dla mostka skóry grzbietowego, chory po operacyi w tydzień rusza palcami i czucie ma utrzymane. po dwu miesiącach pierwsze próby chodzenia w odpowiednim bucie. Nawrotu choroby nie było, chodził wkrótce i bez obuwia dobrze — umarł w maju 1885 r. na ospę. (Przypadek ten ogłoszony był w swoim czasie przez Mikulicza).

3. R. G. 10 lat, z Sokołowa. *Caries pedis dextri. Resectio osteopl.* Wlad. Mikulicz. Wynik dobry. Dziedziczności gruźlicy wykazać nie można. Przed 2 laty obrzmienie i ból pięty prawéj, poczem otworzyły się przetoki, po kilku miesiącach jednak sprawa chorobowa się uspokoiła, aby znowu po roku wybuchnąć na nowo.

Dziewczynka nieźle zbudowana, źle odżywiona bez zmian w narządach wewnętrznych. Stopa w swéj tylnéj części mocno obrzmiała, po za zewnętrzną kostkę dwie przetoki prowadzą do kości bolesnéj rozmiękłéj. Staw skokowy zajęty.

Wykonano resekcyję osteopl. Wladimirowa-Mikulicza 22 czerwca 1885 r., dwa szwy kostne z katgutu chromowego, cztery szwy płytkowe. Jak w poprzednim przypadku ułożono nogę na odpowiedniéj szynie i zredresowano palce. Krążenie dopiero po kilku godzinach się wyrównało. Rychłozrost. W miesiąc potem założono opatrunek gipsowy z powodu ruchomości stopy i redresowano jeszcze raz palce, chora robi o dwu laskach pierwsze próby chodzenia.

Według wiadomości z końca zeszłego roku chora bez obuwia odpowiedniego z trudnością chodzi (po czterech przeszło latach), w trzewiku ustalającym zaś zupełnie dobrze. Nawrotu choroby nie było.

4. M. R. lat 26, z Pilzna. *Caries pedis dextri, tuberculosis cubiti, spina ventosa digiti manus. Resectio osteoplast.* Wlad-Mikulicz. *Gangraena pedis.*

Dziedziczności co do gruźlicy nie ma. Przed 10-iu laty zaczęła się choroba w stawie łokciowym prawym, przed 5 laty w palcu czwartym u ręki lewéj, przed 3 laty w stopie prawéj. Od kilku lat zaczęła nadto kaszleć i miała dwa krwotoki płucne.

Dziewczyna dobrze zbudowana i odżywiona okazuje liczne ślady przebytych zołzów, jako to blizny pod szczęką, na szyi, karku, plamki na obu rogówkach, w płucach stłumienie w szczycie prawym. Łokieć prawy obrzmiały, bliznami pozaciągany, kilka przetok ropiejących, pierwsza falanga palca czwartego ręki lewéj zgrubiała, przetoka. Okolica stawu skokowego prawego mocno obrzmiała, ciastowatéj konsystencyi, kilkunastoma przetokami dochodzi się do kości rozmiękłych bolesnych.

Mimo ogromnego rozszerzenia sprawy gruźliczéj wykonano resekcyję osteopl. Wladimirowa-Mikulicza 14 października 1886 r., przyczem tylne cięcie poprowadzono z jakie 5—6 cm. powyżéj kostek, a boczne tak blisko siebie, że mostek skóry na grzbiecie stopy ledwie miał 5 cm. szerokości. Przy wycinaniu mas gruźliczych zraniono tętnicę grzbietową stopy i założono później ligaturę. Mimo to przednia część stopy pozostała bladą i następnego dnia musiano dokonać amputacyi podudzia. Rychłozrost.

5. M. B. lat 15, z Olchowiec. *Caries pedis sin. Resectio osteoplastica* Wladim.-Mikulicz. Wynik dobry.

Obciążenia dziedzicznego wykazać nie można.

Przed 2 laty rozpoczęła się choroba od bólu około kostki zewnętrznéj lewéj nogi, poczem utworzyło się kilka przetok wydzielających ropę, które się znowu zgoiły, jedna tylko pozostała.

Chłopiec nieźle zbudowany i odżywiony, bez zmian w narządach wewnętrznych. Poniżéj kostki zewnętrznéj widać wrzód głęboki, o brzegach nierównych, ziarniną bladą pokryty, na dnie którego wchodzi się do przetoki skąpą ilość ropy wydzielającéj, która prowadzi do kości rozmiękłéj i bolesnéj, odpowiadającéj położeniem kości piętowéj. (Jak tu, tak we wszystkich przypadkach stwierdzono zgłębnikiem *caries* kości piętowéj, lub tej i kości sąsiednich).

Po wykonaniu osteoplastycznéj resekcyi stopy Wladimirowa-Mikulicza dnia 8 maja 1887 rana zgoiła się przez rychłozrost, w miesiąc potem zaczął chory próbować chodzić, a w lipcu opuścił klinikę w stanie zupełnie zadawalającym. Wedle wiadomości z ostatnich czasów chory chodzi bez obuwia wcale dobrze.

6. D. P. z Mikuliniec, lat 29. *Caries pedis sin. Resectio osteopl.* Wl.-Mikulicz. Rychłozrost, wynik ostateczny nie znany. Dziedziczności co do gruźlicy nie ma. Przed 2-ma laty stopa w okolicy stawu skokowego opuchła, poczem utworzyła się przetoka.

Kobieta nieźle zbudowana i odżywiona, w obu szczytach płucnych lekkie stłumienie, po tylnéj stronie kostki zewnętrznéj lewéj nogi obrzęk, na którego szczycie przetoka prowadząca do rozmiękłéj bolesnéj kości piętowéj. Staw skokowy nieruchomy.

Wykonano osteoplastyczną resekcyję stopy Wladimirowa-Mikulicza d. 2/7 87 r., poczem rana zgoiła się przez rychłozrost, a w dwa miesiące potem opuściła chora szpital w stanie zadowalającym. O dalszych losach choréj nie można było żadnych dostać wiadomości.

7. J. P. lat 26, z Teodorówki. *Caries pedis dextri. Resectio osteopl.* Wlad.-Mikulicz. Wynik dobry.

Dziedziczność co do gruźlicy bardzo podejrzana. Przed 5 miesiącami spuchła mu noga, a chodzenie stało się wkrótce niemożebnem. Człowiek dobrze zbudowany i odżywiony, bez zmian w narządach wewnętrznych. Stopa prawa w ułożeniu stopy końskiéj okazuje obrzęk znaczny stawu skokowego, szczególniéj po stronie tylnéj i zewnętrznéj, pokryty skórą siną i licznemi owrzodzeniami prowadzącemi do przetok, przez które wyczuć można kości rozmiękłe i bolesne.

25/10 1888 r. wykonano resekcyję osteoplastyczną Wladimirowa-Mikulicza. Szew kostny. Niezupełny rychłozrost, stopa nieco zbaczająca, po miesiącu założono gipsowy opatrunek. Po dwu miesiącach od operacyi chory zaczyna chodzić wcale dobrze.

Obecnie chodzi dobrze, dłuższych jednak podróży pieszych bez ustalającego trzewika odbywać nie może.

8. J. M. lat 24, z Pleszowa. *Caries pedis dextri. Resectio osteopl.* Wladim.-Mikulicz. *Decubitus cutis plantae pedis. Fractura cicatric. ossei.* Wynik ostateczny dobry.

Dziedziczności co do gruzlicy nie ma. Przed pół rokiem spuchła mu noga w okolicy stawu skokowego, bóle przy chodzeniu, potem przetoka. Człowiek dobrze zbudowany i odżywiony, bez zmian w narządach wewnętrznych. Okolica pięty i obu kostek mocno obrzmiała, skórą siną pokryta, poza zewnętrzną kostką przetoka wydzielająca cuchnącą ropę prowadzi do kości bolesnéj i rozmiękłéj w kierunku stawu skokowego, druga niżéj leżąca wiedzie do ruchomego odszczepu kości piętowéj.

W połowie maja 1889 dokonano osteoplastycznéj rese-

kcyi stopy, a po szesnastu dniach zdjęto opatrunek i okazało się, że skóra podeszwy na przestrzeni małéj dłoni przeszła w nekrozę. Sprawa zabliźniania postępuje wolno tak, że z końcem lipca chory opuszcza klinikę jeszcze z dość wielką granulującą raną. Ułożenie stopy prawidłowe.

W październiku zgłasza się chory znowu do naszéj kliniki z raną zabliźnioną, stopą nieco odgiętą ku tyłowi. Idąc po schodach o lasce potknął się raz chory i odłamał sobie nogę w ten sposób, że blizna skórna i kostna pękła aż do skórnego mostka na grzbiecie stopy. Stopę odłamaną przyłożono do podudzia, założono szynę ustalającą i w 6 tygodni chory w gipsie zaczął się przechadzać, a w 8 tygodni od przypadku opuścił klinikę, zaopatrzony w trzewik ustalający. Chód chorego nie pozostawiał nic do życzenia.

9. A. K. 19 lat. *Caries pedis dextri. Resectio osteopl. pedis.*

Chory nie obciążony dziedzicznie, z rozległemi zmianami gruźlicy w okolicy stawu skokowego. Operowany był w typowy sposób 18 maja 1890 r. Szew na podeszwie nieco się rozszedł i wąski pas goi się, prawidłowo granulując. Redresowanie palców nie przedstawiało trudności, ustawienie stopy należyte. Większość przypadków operowano w położeniu chorego grzbietowem.

Reasumując wyniki tych naszych ośmiu przypadków ze względu na przebieg leczenia i bezpośrednie pooperacyjne rezultaty widzimy co następuje:

W sześciu przypadkach rana zgoiła się przez rychłozrost, w jednym przyszło do ropienia i rozległego obumarcia (*decubitus*) skóry, w jednym do zgorzeli stopy z powodu nacięcia tętnicy grzbietowéj stopy. W przypadkach zgojonych *per primam* wszyscy chorzy po dwu miesiącach najpóźniéj rozpoczynali chodzić oczywista nieco lepiéj lub gorzéj i to w gipsowym lub szynowym opatrunku. (Jeśli dołączymy do porównania nasz przypadek z początku przytoczony, tam chory już po miesiącu zaczął chodzić w szynie, i tam jak wiadomo była *prima intentio*, ale tam operowano na nodze zdrowej, a to zdaje mi się nie tylko ze względu na bezpośrednie ale i na ostatnie wyniki nie jest bez wpływu, choć Butz twierdzi, a opiera się na statystyce, że funkcyjonalne wyniki czy to w gruźlicy czy przy innych wskazaniach były mniej lub więcéj te same).

Porównywając nasze wyniki ze znanemi przypadkami ze statystyki Butza, widzimy, że stosunek wyzdrowień jest podobny, choć u nas nieco korzystniejszy. Z 26 przypadków operowanych z powodu *caries*, wyleczono 10, to znaczy, że blisko trzecia część dała wynik ujemny i tu 5 amputowano następowo, dwoje umarło na gruźlicę ogólną, jednego przebieg niewiadomy. Przypadki amputowane były przeważnie z powodu nawrotu gruźlicy i tu przypadek Haberern a po 5 miesiącach, Schattauera po 5 tygodniach, Bauerhahna 2 przypadki jeden po czterech, jeden po sześciu miesiącach.

Recydywa po resekcyi jakiéjkolwiek to rzecz bardzo zwyczajna i trudno wymagać, aby po resekcyi Wlad. Mikulicza jéj nie bywało, to też dziwić się należy, dlaczego Mikulicz żywił tak różowe nadzieje co do radykalności swéj operacyi. Już w r. 1885 zwrócił G. Fischer uwagę, że operacyja Wład. Mikulicza nie tylko nie chroni chorego przed recydywą, ale daje gorszą prognozę niż operacyja Pirogowa, po któréj są daleko pewniejsze wyleczenia. Wśród naszych przypadków nie było ani razu nawrotu gruźlicy, a były też operowane przypadki z bardzo rozszerzoną sprawą chorobową. Jestto wynik, który może nadzwyczajnie zalecać opracyję Wlad. Mikulicza, a chociaż przy naszym szczupłym materyjale chcielibyśmy uważać to za przypadek, to jednakże śmiało z Bauerhahnem przyznać nam należy, że rokowanie co do recydywy bezwzględnie przy téj operacyi nie jest gorsze niż przy innych resekcyjach. Zdaje się zresztą, że to wszystko zależy od doboru przypadków i staranności w usunięciu mas gruźliczych. Rozporządzając dość znaczną ilością dokonanych resekcyj mieliśmy sposobność przekonać się, jak przy najlepszym dostępie do stawu i najradykalniejszem wycięciu chorobowo zmienionych części łatwo przychodzą nawroty gruźlicze, n. p. przy resekcyi stawu łokciowego sposobem Langenbecka lub resekcyi stawu skokowego sposobem Huetera; to też wyniki otrzymane po osteoplastycznéj resekcyi stopy przyjmujemy jako doskonałe tem bardziéj, że w razie recydywy stoi nam jeszcze do dyspozycyi tak zwana przedłużona (czy rozszerzona) resekcyja Wladim. Mikulicza, a wreszcie amputacyja podudzia, przyczem chory nic nie traci, a w razie powiedzenia się operacyi pierwotnéj wiele zyskuje.

Ciekawszym jest przypadek nasz trzeci, gdzie przyszło po operacyi do zgorzeli stopy. Wśród trzydziestu kilku przypadków znanych dotąd w literaturze jeden tylko skończył się obumarciem stopy, t. j. przypadek Sordiny. Szkoda wielka, że w zamieszczonem sprawozdaniu chirurgicznego *Centralblatu* nie wspomniano o przyczynie tego wyniku. Byłoby to bowiem rzeczą bardzo ważną szczególnie ze względu na nasze nowe wskazanie, operowania celem przedłużenia kończyny. W naszym przypadku nekroza stopy nastąpiła skutkiem zranienia tętnicy grzbietowéj stopy, jedynéj tętnicy, która ma odżywiać całą pozostałą część stopy. Tu jasny jest powód niekorzystnego zakończenia, bo po założeniu bocznéj ligatury tętniczéj chyba nie można było się dobrego skutku spodziewać. (Dok. nast.)

V. Oceny i sprawozdania.

Kurzgefasste Anleitung zur chemisch-mikroskopischen Untersuchung des Harns, für Apotheker und studirende Pharmaceuten von Dr. Neumann Wender, Magister der Pharmacie. Wien, 1890, str. 62 w małéj ósemce.

Dziełko, które mamy przed sobą, należy do kategoryi króciutkich przewodników dla roztworów moczu, a napisane jak tytuł wskazuje, dla użytku aptekarzy i studentów farmacyi. Dla ścisłych i szczegółowych badań jest ono zbyt pobieżne, dla badań klinicznych wymaga zaś pewnych wiadomości w tym kierunku, a przedewszystkiem jeśli badanie ma być z rzeczywistym pożytkiem połączone dla ogólnéj wiedzy lekarskiéj, i pod tym właśnie względem mija się zdaniem naszem z właściwem przeznaczeniem. Jako dziełko pomocnicze, podające w sposób rzeczywiście wyczerpujący odczynniki do rozbioru służące wraz z liczebnemi wartościami, jest bez zarzutu. Sposoby i metody badania powszechnie znane zebrane tu są w sposób dość przystępny, zaopatrzone kilkunastoma rycinami, z innych podręczników zaczerpniętemi, nie ze wszystkiem jednak, zwłaszcza co do osadów, może rzeczywistości odpowiadającemi. Nie wchodząc w szczegółowy rozbiór, zwrócimy tylko uwagę na kilka niedokładności i niewłaściwości. I tak badanie nitroprussydkiem sodu w kierunku, czy jest kreatynina w moczu, jest zbyteczne, gdyż ta w każdym moczu się znajduje. Nie uważamy też za właściwe odsączanie osadu celem badania go pod drobnowidem. W przyrządzie Essbacha liczby podziałki na dole umieszczone oznaczają zawartość białka nie w procentach lecz *pro mille*. Urochromu autor zupełnie nie uwzględnia. Sposób badania kamieni moczowych dość zawiły itp. Na końcu podany jest sposób badania prątków gruźliczych Kocha według Ehrlicha i Fränkla.

Co się tyczy zewnętrznéj strony, to druk staranny, papier nie zły, format książeczki wygodny, jeśli i cena dziełka skromna, to są dane warunki do korzystnego wrażenia, jakie robi na czytelniku. *Dr. J. O.*

Patologija.

Prof. Ziemssen: **Zakrzepice kuliste** (*Kugelthromben*) **w sercu.**

Zakrzepice w sercu powstające zazwyczaj mają kształt rozgałęzionych skrzepów. Istnieją jednak dwie odmiany zakrzepic w sercu powstających, które nietylko odznaczają się swoją rzadkością, ale i kształtem i umiejscowieniem, a są to zakrzepice kuliste i szypułkowato-polypiaste. Twory te znajdujemy najczęściéj w lewym przedsionku wobec *stenosis mitralis*. Często wielkości włoskiego orzecha, mają powierzchnię zupełnie gładką i cały przedsionek wypełniają. Pierwszy, który je opisał, był Recklinghausen, za nim widzieli je Macleod i Herz. Do dziś dnia ledwo kilka takich przypadków widziano i ogłoszono. Zakrzepice te można z pewnem prawdopodobieństwem za pomocą badania fizycznego *in vivo* rozpoznać, koniecznem jest jednakowoż poprzednie udowodnienie wady zastawkowéj, bo w chwili tworzenia się zakrzepic szmery ustają. Do momentów rozpoznawczych należą objawy zwolnionego krążenia w sercu lewem, jak zsinienie, bezdech, chłód kończyn, obniżenie parcia tętniczego i nikłość tętna. Do tego dołączają się *tachycardia* i *arythmia*. Nie rzadko występuje zgorzel kończyn dolnych, nie skutkiem zatoru (*embolia*), lecz jako następstwo zakrzepicy tętniczej. (*Wr. med. B.*, 1870, Nr. 21).

Dr. Braun: **Co to jest nona?**

Jeszcze nie ustała zupełnie epidemija influenzy, kiedy dzienniki polityczne zaczęły donosić o szerzeniu się nowéj choroby, noną zwanéj. Nawiedzeni nią zapadali w kilkodniowy głęboki sen, z którego się już więcéj nie budzili. Cóż to jest nona? Na pytanie to stara się odpowiedzieć Dr. Braun, fizyk powiatowy w Balkenhein, przytaczając przez siebie spostrzegany przypadek. Dziewczynka 14-letnia zachorowała nagle 17 marca t. r., dostawszy bólu głowy, silnéj gorączki i wymiotów. Wkrótce pojawiła się śpiączka, a chora popadła w twardy sen, z którego trudno ją było zbudzić. Na chwilę przebudzona, otwierała w jeden punkt skierowane, bezmyślne oczy i znów w sen zapadła. Zawezwany Dr. B. znalazł chorą bezprzytomną, spokojnie leżącą. Na wołania nie oddziaływała. Zbłękitnienie błon śluzowych powierzchownych i skóry. Źrenice nierówne, leniwo na światło oddziaływają. Ciepłota znacznie podwyższona, tętno regularne, stolec i mocz odchodzą bezwiednie. Znaczny tężec karkowy. Brak porażeń. Zapalenie płuca prawego. W następnych dniach ciepłota przeszło 40, tężec karkowy silniejszy, drgawki chwilowe. 23 marca śmierć. Niepodlega wątpliwości, że prócz zapalenia płuc rozwinęło się zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Objawy nerwowe tak dalece pokrywały objawy płucne, iż rodzice nie przypuszczali nawet jakiejkolwiek choroby dróg oddechowych. Zapalenie płuc w okolicach influenzą dotkniętych należała do zwykłych chorób; być więc bardzo może, że w pewnych przypadkach mikrob influenzy i pneumonii mógł stać się także przyczyną równocześnie występującego zapalenia opon mózgowo rdzeniowych. Wprawdzie objawy mózgowo-rdzeniowe przytoczonego przypadku nie należały do wzorowych, a mianowicie brakowało okresu podrażnienia, to przecież stanowczo przemawiały one za istniejącym chorobowym stanem opon wywołującym ucisk na tkankę mózgowo-rdzeniową. Według więc zdania Dra Brauna nona jest to równocześnie z zapaleniem płuc występujące zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, którego tłem jest influenza. (*D. m. W.*, 1890, Nr. 13). *Dr. Mendelsburg.*

Farmakologija.

Dr. Gram: **Doświadczenia kliniczne nad działaniem moczopędnem teobrominy.**

Schröder wykazał, że kofeina i teobromina są silnemi środkami moczopędnemi, działającemi wprost na przybłonek nerek. Ponieważ jednak kofeina działa zarazem w ten sposób na nerwy naczynioruchowe, że zwęża naczynia, więc przez to i wydzielanie moczu mało się zwiększa. Dlatego polecono użycie kofeiny z paraldehydem i z tym połączona rzeczywiście działa dobrze moczopędnie. G. poleca przedewszystkiem teobrominę, ponieważ ta działa wyłącznie na nerki, nie działa zaś ani na serce ani na nerwy naczynioruchowe i dlatego jest lepszym środkiem moczopędnym, ani żeli kofeina. Ponieważ czysta teobromina z trudnością ulega wessaniu, przeto należy przepisać *theobrominum natrosalicylicum* 6·0 gram dziennie, po 1·0 gramie naraz. (*Therap. Mon. H.*, 1890, 1). *Dr. Süsskind.*

Borowski: **O wpływie kąpieli na wydzielanie rtęci.**

Opierając się na szeregu doświadczeń przychodzi B. do następujących wniosków: 1. Kąpiele wannowe (28—30° R.), kąpiele siarczane i suche gorące kąpiele powietrzne (50—80° R.) zwiększają wydzielanie rtęci i można za pomocą nich w zupełności uwolnić ustrój od rtęci. 2. Jeżeli wydzielanie rtęci przy zwykłym sposobie życia ustało, to można je na nowo kąpielami wywołać. 3. Zapalenie rtęciowe jamy ustnéj ustępuje szybciéj pod wpływem ciepłych kąpieli. 4. Wahania ciepłoty kąpieli sprowadzają odpowiednie wahania w wydzielaniu Hg. 5. Równoczesne leczenie kąpielami i rtęcią daje lepsze wyniki, niż samo leczenie rtęcią. 6. W kąpielach siarczanych mają składniki mułu siarczanego tylko podrzędne znaczenie, w pierwszym rzędzie działa kąpiel jako tako. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* 1889, Nr. 8).

† **Smierć wskutek bromku etylenu.** Do osiągnięcia krótkotrwałego uśpienia używano w ostatnich czasach często brometylu (*Aethylum bromatum, Aether bromatus*) (por. spraw. *P. L.* b. r. str. 563). Podczas gdy środek ten działa szybko i bez nieprzyjemnych objawów ubocznych przedstawia *aethylenum bromatum* (*Aethylenbromid*) bardzo gwałtowną truciznę. Podobna nazwa obu ciał była niedawno przyczyną fatalnéj omyłki. Lekarz, jak opisuje E. Kollmar (Karlsruhe) w *Deut. Monatschr. für Zahnheilk.*, w zesz. październ., chciał wykonać operacyję wśród uśpienia bromkiem etylu, pomięszał go jednak z bromkiem etylenu. 40 grm. tego ostatniego nalano na koszyk, chory natychmiast stał się bardzo niespokojnym, dostał natychmiastowego zapalenia spojówek, drażnienia w krtani, silnych bólów pod mostkiem, lecz przytomności nie stracił; potem użyto chloroformu i operacyję dobrze wykonano. W przeciągu dnia wystąpiły silne wymioty, trwające do dnia następnego, wszystkie środki przeciw nim użyte pozostały bez skutku, chory umarł wśród objawów osłabienia serca przy zupełnéj przytomności. Sekcyja wykazała jako przyczynę śmierci ostre zapalenie tchawicy i płuc, powstałe przez wdychanie drażniącego bromku etylenu. Lekarza nie ścigano ze względu na bałamucące nazwiska obu ciał.

Rouge: **Leczenie błonicy arakiem.**

Pod wpływem wewnętrznego podawania araku stwierdził R., że w przeciągu $^5/_4$ r. wyzdrowiało 40 chorych na błonicę w wieku 1—18 lat, a ponieważ żaden inny sposób leczenia nie oddał mu podobnych usług, twierdzi, że arak wypełnił wszystkie wskazania, gdyż: 1) zażywają go chętnie tak dzieci, jak dorośli; 2) wpływa na zmiany miejscowe w ten sposób, że one tracą septyczne działanie na ustrój; 3) czyni zbędnem miejscowe, wzgl. raniące zastosowanie innych środków; 4) wpływa korzystnie na błonę śluzową ust i żołądka; 5) czyni ciało pewniéj niż wino lub inne przetwory wyskoku odporniejszem; 6) zastępuje w przypadkach gorączki wszelki inny środek przeciwgorączkowy. (*D. m. W.* 1889, Nr. 29).

Marray Gibbes (Nowa Zelandyja): **Leczenie błonicy żywiczeniem** (*eucalyptus*).

Środek ten sprawia: 1. Ograniczenie mnożenia się drobnoustrojów. *Oleum Eucalypt. globuli* wprowadzone do ustroju czy to przez wziewanie, czy też wewnętrznie podawane, zostaje złożone w gruczołach przełyku i przeszkadza dalszemu wytwarzaniu błon. Także nie występuje nigdy porażenie po wyleczeniu przy jego użyciu. 2. Gnicie tkanki zajętéj nie występuje, błony zachowują barwę prawidłową, a oddech nie staje się cuchnącym. 3. Zewnętrzne stosowanie ciepłych okładów wspiera oddzielenie się błon. Para żywiczenia niszczy w powietrzu znajdujące się zakaźne drobnoustroje. W tym celu stawia się gorący napar liści eukal. przy łóżku chorego, który parę wdycha. Leczenie poleca się wskutek swéj prostoty, gdyż nie potrzeba chorego dręczyć pędzlowaniem i wieloma lekami. (*D. m. W.* 1889, Nr. 29). *Dr. Baschkopf.*

Chirurgija.

E. Bergmann: **O gruźlicy w stawie między kręgiem pierwszym a potylicą.**

Na początku wykładu mianego w towarzystwie chirurgicznem berlińskiem o gruźliczem zapaleniu w samym stawie kręgu pierwszego szyjnego a potylicy i w częściach ta-

kowe otaczających demonstruje autor trzy okazy, wzięte ze zwłok chorych, w klinice jego obserwowanych. Pierwszy preparat przedstawia cztery kręgi szyjne wraz z potylicą i na przekroju zrobionym po zamrożeniu widać, że opona twarda tylko w części grzbietowéj przylega do kości w otworze wielkim, na części przedniéj jest uniesiona i podminowana przez ropę i granulacyje gruźlicze. Na *clivus* 2·7 cm. podminowanie to idzie w górę. Po zdjęciu opony, w miejscach gdzie takowa odstawała, wyczuć i wiedzieć można, że kość jest chropowata i nierówna. Gąbczaste granulacyje gruźlicze wgłębiają się w staw między atlasem a potylicą, z obu stron obnażają także wyrostek zębowy kręgu II go, więzadła prawie wszystkie zniszczone, a z nich pozostało tylko w małéj części więzadło poprzeczne. Chrząstki szczególniéj na prawéj stronie prawie zupełnie brak. Proces gruźliczy idzie między oponą twardą a przednią częścią trzonu kręgowego, oddzielając te części od siebie. Widać, że kanał, którym zstępuje, wypełniony jest szaremi granulacyjami gruźliczemi i w ten sposób rdzeń w części szyjnéj tak dalece jest uciśnięty, że w wysokości II-go kręgu zaledwie $^1/_2$ cm. wynosi. Zniszczenie jeszcze nie na tem się kończy; przednia część atlasu obnażona; mięśnie gardziela podminowane, a błona jego śluzowa w dwóch miejscach przebita. Między mięśniami głębokiemi karku idzie przetoka aż do mięśnia kapturowego i tam koło wyrostka sutkowego przyszło do utworzenia się ropnia, który został nacięty podczas pobytu chorego w klinice. Prócz zmian tu wymienionych oględziny pośmiertne wykazywały złogi wapna w szczytach i bliznowate ich zaciągnięcie.

Okaz II-gi dotyczył mężczyzny lat 34 mającego, który prócz zmian lokalnych, mniéj lub więcéj takich samych jak w pierwszym przypadku, okazywał *peribronchitis chronica ulcerosa et abscessus folliculares ilei et coli*. Różnica zachodziła tu głównie w porównaniu z pierwszym w tem, że tu nie przyszło do wytworzenia się ropnia, a proces ograniczał się tylko do zmian w stawach i obnażenia kości: *clivus* Blumenbachii, atlasu i wyrostka zębowego kręgu II go.

U trzeciego rozpoznanie anatomo patologiczne brzmiało: *Caries fere sanata atlantis et epistrophei caseosa, phthisis pulmonum ulcerosa tuberculosa, hyperplasia lienis chronica, nephritis interstitialis tuberculosa et recens parenchymatosa.* — U chorego tego podczas obserwacyi klinicznéj stwierdzono porażenie kończyn, które zwolna ustępowało, a obecnie na preparacie widzieć można pozostałości po zmianach gruźliczych, w postaci zgrubień w kościach, braku łuku atlasu, zgrubieniu więzadeł, przyczem rdzeń nie zmieniony, tylko nieco przypłaszczony.

Z tych trzech zestawionych okazów widać, że posiadają one wszystkie wspólne cechy, które je łączą wzajemnie i podciągają pod jeden obraz chorobowy, o którym właśnie mowa. We wszystkich rozchodzi się o gruźlicze zapalenie stawu, w którym porusza się głowa, to też uzmysłowić sobie można, znając położenie anatomiczne pojedynczych części, jakie ruchy, przez co są upośledzone. We wszystkich widzieć można, że proces gruźliczy prawie jednę i tę samą obiera sobie drogę, szerząc się ku dołowi i uciskając na rdzeń. Rzecz naturalna, że ściśnięcie takie rdzenia musi za sobą pociągnąć zmiany, w postaci porażeń klinicznie dających się stwierdzić. Odróżnić je jednak należy od tych zmian, które powstają nagle najczęściéj po uderzeniu. W dwu przypadkach, które Wagner przedstawił na kongresie chirurgów w r. 1884 porażenia poprzeczne powstały przez złamanie 12-go kręgu piersiowego i rozerwanie rdzenia w pierwszym, a zgniecenie tylko w drugim przypadku. Tenże sam Wagner przedstawił historyję choroby człowieka, który po złamaniu kręgu drugiego z powodu upadnięcia przy zachowaniu wszystkich władz umysłowych, miał porażone wszystkie kończyny. Wprawdzie po założeniu opatrunku naciągającego porażenia te ustąpiły, jednak po 20 dniach chory umarł, a prof. Ponfik mimo najdokładniejszego badania nie wykrył najdrobniejszych nawet zmian. *Dr. Łepkowski.* (Dok. nast.)

Okulistyka.

Dr. Bock: **Pięć przypadków zaćmy po zapaleniu opon mózgowych u ludzi młodych.**

Pięć osób zupełnie zdrowych mających zupełnie prawidłowy wzrok zachorowało wśród objawów bólu głowy, wysokiéj gorączki i utraty przytomności, które to objawy trwały przez kilka dni do kilkunastu dni. Równocześnie wystąpiło upośledzenie wzroku bardzo szybko postępujące, a badanie wykazało zmętnienie soczewek. Operowano, a badanie 10-ciu soczewek zaćmionych okazało, że soczewki zamieniły się w masę nieprzeźroczystą złożoną z ziarn mniejszych i większych bez jąder. Przebieg i wynik operacyj były we wszystkich przypadkach bardzo zadowalające. Dojrzenie sztuczne zaćm uzyskano za pomocą mięsienia lub discysyi przedniéj torebki. (*Wien. m. Woch.*, 1889, Nr. 47, 48).

Choroby kobiece.

Dr. Schlichter: **Wpływ miesiączki na karmienie.**

Pytanie, czy miesiączkujące matki i mamki daléj mogą karmić dzieci, dotąd nie jest stanowczo rozstrzygnięte. I tak niektórzy wprost zabraniają karmienia kobietom miesiączkującym z powodu (jak twierdzą) zmian ilościowych i jakościowych mleka. Inni znów są zdania, że mleko kobiet miesiączkujących jest gęściejsze i pożywniejsze i dlatego radzą rzadziéj dzieciom pierś podawać. S. na podstawie ścisłego badania mleka mamek co do składu w różnych czasach dnia i na podstawie badań mleka kobiet miesiączkujących i niemiesiączkujących, doszedł do wyniku, że zmiana w składzie mleka u jednéj i téj saméj kobiety w różnych czasach dnia są większe, niż zmiany w składzie mleka przed, podczas i po miesiączce u téj saméj kobiety. A ponieważ oseski znoszą bez zaburzeń takie zmiany dzienne, więc tem łatwiéj znieść mogą zmiany mniejsze powstałe skutkiem miesiączkowania. I rzeczywiście badając kilkaset dzieci karmionych przez kobiety miesiączkujące nie był w stanie zauważyć żadnych ważniejszych zaburzeń. A jeśli czasem powstawały nieżyty żołądko-kiszkowe lub inne choroby, to te uważać należy za przypadkowe, gdyż przy obserwacyi kilkuset dzieci karmionych przez kobiety niemiesiączkujące mniéj lub więcéj taki sam procent chorób zauważyć można. S. zatem dochodzi do następującego wniosku: Miesiączka występująca po 6-tym tygodniu po porodzie nie jest przeciwwskazaniem do karmienia, gdyż nie pociąga ani dla matki ani dla dziecka żadnych złych następstw. Miesiączka, a jeszcze więcéj krwotoki maciczne, powstające przed 6 tym tygodniem po porodzie, stanowią przeciwwskazanie do karmienia, gdyż mogą upośledzić rozwój dziecka. (*Wien. klin. Woch*, 1889, 51, 52; 1890, 4, 5). *Dr. Süsskind.*

G. Lepage: **O punkcyi macicy przez powłoki brzuszne w hydramnijos.**

Nawiązując do dwóch znanych przypadków ogromnego powiększenia płynu owodnéj w ciąży bliźniaczéj omawia L. trudności, jakie to powikłanie sprawia rozpoznaniu ciąży i poleca w tych przypadkach, w których nadzwyczajne rozdęcie brzucha sprowadza duszność i objawy duszenia się, jako wskazanie życiowe, przekłucie guza przez powłoki brzuszne. W przypadku pierwszym aspirowano 7 litrów, a w przypadku drugim 20·5 litr. przez punkcyję. W obu przypadkach nastąpiło 3, względnie 4 tygodnie po punkcyi przerwanie ciąży. W przypadku Lepage'a wydzielony został pierwszy płód w stanie świeżo obumarłym, drugi zaś, którego pęcherz przekłuto, był mocno zmacerowany. Miejsce przekłucia było jeszcze widoczne jako okrągły otwór w błonach. Bliźnięta posiadały dwa pęcherze, okoliczność, która ten przypadek ze względu na prace Schatza o połączeniach naczyń i jednostronnej polyhydramnii przy jednopęcherzowych bliźniętach czyni bardzo cennym. Co się tyczy przekłucia przez powłoki brzuszne, to L. podnosi jego wartość rozpoznawczą, a pod tym względem mianowicie mniejsze niebezpieczeństwo wobec cięcia eksploratywnego. Pod względem leczniczym należy przedewszystkiem uwzględnić, że męczące objawy: ogromna bolesność i duszność natychmiast ustępują. Prawda, że punkcyja sprowadza niebezpieczeństwo wcześniejszego lub późniejszego przerwania ciąży, okoliczność, która tem mniéj wchodzi w rachubę, o ile przy tak znacznéj polyhydramnii życiu płodu zawsze niebezpieczeństwo grozi, a ciąża także bez punkcyi doznaje przerwy. Z drugiéj strony jednak przerwanie ciąży nie jest bezwarunkowo koniecznem następstwem zabiegu, jak po części pouczają te przypadki, w których

przekłuto macicę z powodu błędnego rozpoznania. (*Annal. de Gyn.* XXX).

Choroby weneryczne.

Bockhart (Wiesbaden): **O wycięciu wrzodu twardego.**

B. podaje wyniki swoich doświadczeń, podług których zachodzi pewien stały stosunek między pomyślnym skutkiem wycięcia wrzodu a rodzajem wyciętego wrzodu. B. znalazł, że po wycięciu szankra, który wystąpił jako guzek pierwotny, choćbyśmy nawet bardzo wczas wycięli, zawsze wybucha ogólna kiła. Po wycięciu stwardniałości kiłowéj, która się rozwija po tak zw. wrzodzie miękkim, więc po wycięciu t. z. szankra mięszanego, nie występuje kiła, jeśli tylko dość wcześnie wycięto. Następnie zauważa B., że dotychczas nikt nie uwzględnił tego stosunku zachodzącego między rodzajem wyciętego wrzodu, a wynikami wycięcia. Tylko Auspitz raz wspomniał, że w tych przypadkach wrzodu twardego, w których poprzedzał wrzód miękki, nigdy po wycięciu nie widział ogólnego zakażenia. Jeśli się dokładnie przejrzy dotychczasową literaturę wycięcia wrzodu, to można się przekonać, że największa liczba z skutkiem wyciętych wrzodów pierwotnych była tak zw. szankrami mięszanemi, a największa ilość bez skutku wyciętych wrzodów guzkami pierwotnemi. B. tłómaczy ten fakt w następujący sposób: Jeżeli jako choroba początkowa rozwija się wrzód pierwotny, w takim razie nic nie stoi na przeszkodzie, aby zaraz po zarażeniu się nastąpiło uogólnienie się jadu syfilitycznego. Jeżeli zaś wrzód twardy rozwija się po wrzodzie miękkim, w takim razie działanie i zachowanie się na dnie wrzodu nagromadzonyrh białych ciałek krwi wstrzymuje przez dłuższy czas jad syfilityczny od wtargnięcia do sąsiednich tkanek. (*Vierteljahresschrift für Dermatol. u. Syph.*, rocznik XX).

Conrad: **O gonokoku Neissera i jego stosunku do rzeżączki kobiet.**

C. badał przez dłuższy czas 60 przypadków. Cechujące gromadki gonokoków znalazł w 5-ciu świeżych i dwu przewlekłych przypadkach. Na podstawie badań swych czyni C. następujące wnioski: 1) Gonokokus można łatwiéj wykazać u mężczyzny niż u kobiety, po części z przyczyn anatomicznych, po części dla tego, że kobiety późno dopiero szukają porady lekarskiéj, poprzednio już się leczyły i t. d. 2) W świeżych przypadkach rzeżączki kobiet znajdują się gonokoki zawsze, w przewlekłych rzadko. 3) Może istnieć rzeżączka ostra lub przewlekła u kobiet, a przecież nie wykazuje się gonokoków; w każdym razie należy ich szukać dla stwierdzenia rozpoznania. W leczeniu kładzie nacisk na zapobieganie; żąda ścisłego badania prostytutek, zakazu związku małżeńskiego, względnie spółkowania, dopóki mężczyzna okazuje jeszcze ślady rzeżączki. Te ostatnie pozostałości choroby należy energicznie leczyć. (*Corresp. f. schw. Aerzte*, rocznik XVII). *Dr. Baschkopf.*

Choroby nerwowe.

Gilles de la Tourette (Paryż): **Badanie moczu w hypnotyzmie.**

Badanie przemiany pierwiastków za pomocą chemicznego rozbioru moczu bezpośrednio po hypnotyzowaniu ma najpierw na celu udowodnienie, iż hypnotyzm nie jest czynnością dla organizmu obojętną, powtóre przyczynia się do postawienia pewnych stałych pewników, po których łatwiéj będzie można demaskować udających. Do doświadczeń służyły autorowi 3 histeryczki z kliniki prof. Charcota, które łatwo było wprowadzić w wszystkie trzy stopnie hypnotyzmu jak w letarg, katalepsyję i somnambulizm. Przed doświadczeniami badano oczywiście dokładnie ich mocz, ażeby przez porównanie têm pewniejsze wyniki osiągnąć, samo zaś doświadczenie robiono w czasie wolnym od menstruacyi. W moczu bezpośrednio po hypnozie oddawanym znajdowano znacznie mniejszą ilość moczanów i fosforanów, a zmniejszanie się ich stało w stosunku prostym do czasu trwania hypnozy. Mocz był zawsze wodnisty i mało zabarwiony, zupełnie więc był podobnym do moczu po napadach histerycznych lub jakichkolwiek innych insultach nerwowych. Wyniki te aż nadto jasno wykazują, że hypnotyzm jest bezsprzecznie sztucznie wywołanym stanem chorobowym i że z histery mają wiele cech wspólnych. (*Wr. m. B.*, 1890, Nr. 21). *Dr. Mendelsburg.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Posiedzenie 15-te z dnia 20 listopada 1889 r.

Przewodniczący kol. Paszkowski, członków obecnych 27.

1) Kol. Blumenstok zapytuje prezesa, czy w sprawie nowego projektu do ustawy karnéj, zagrażającego stanowi lekarskiemu, wysłano już petycyję do Rady Państwa na wzór Tow. lek. galicyjskich. Przewodniczący oznajmia, że Towarzystwo nie upoważniło go do tego, aby sprawę tę w komitecie rozstrzygano. Kol. Mars proponuje odesłanie sprawy do komitetu. Kol. Blumenstok wnosi, aby uproszono kol. Schaittera, aby petycyję tą w imieniu Tow. wystósował i na następującem posiedzeniu odczytał.

Przewodniczący wnosi, aby wybrano komisyję z 3-ch członków, a mianowicie z prof. Blumenstoka, Prezesa Towarzystwa i kol. Schaittera złożoną, któraby pismo to wystósowała i do Rady Państwa odesłała bez odnoszenia się do Towarzystwa. Obecni zgodzili się jednogłośnie na ten wniosek.

2) Kol. Walentowicz mówi o kamieniach w ustroju zwierzęcym.

W dyskusyi zabierali głos kol. Mars, Łazarski i Harajewicz Władysław.

3) Kol. Pieniążek ma zapowiedziany wykład: „O owrzodzeniach krtani i połyku i o rozróżnieniu wrzodów kiłowych od gruźliczych“.

W dyskusyi przemawiali kol. Zaręba, Gluziński, Obaliński, Kwaśnicki, przewodniczący i prelegent.

Sekretarz: *Dr Bukowski.*

Posiędzenie 16-te z dnia 4-go grudnia 1889 roku.

Przewodniczący kol. Paszkowski, członków obecnych 26.

1) Kol. Madurowicz oznajmia o utworzeniu się w Krakowie Towarzystwa ginekologicznego, przedstawia cel jego, oraz uchwały co do łączności tegoż z Towarzystwem Lekarskiem, na ostatniem posiedzeniu zapadłe, zaznaczając przytem, że statut tegoż, skoro tylko będzie przez Namiestnictwo zatwierdzony, przedstawi prezesowi Towarzystwa Lekarskiego.

Wiadomość ta utworzenia się osobnego kółka w obrębie Tow. Lek. wywołała żywą dyskusyję, w któréj wzięli udział koll. Blumenstok, Mars, Madurowicz, Obaliński Kaufmann i przewodniczący.

2) Przewodniczący zawiadamia Towarzystwo o uchwałach komitetu co do jubileuszu prof. Jakubowskiego zapadłych, oraz oznajmia, że komitet postanowił przedstawić Tow. prof. Jakubowskiego do zamianowania członkiem honorowym.

3) Kol. Pieniążek przedstawia chorego z mykozą migdałków i korzenia języka, oraz chorą z twardzielem krtani, u któréj robiono laryngofisurę z wycięciem.

W dyskusyi objaśnia kol. Krokiewicz obraz drobnowidowy, oglądany przy badaniu czopków śluzu, z migdałków chorego z mykozą otrzymanych.

4) Kol. Cybulski okazuje preparaty drobnowidowe zakończeń nerwów w mięśniach.

5) Kol. Krokiewicz przedstawia preparat anatomiczny nerki, moczowodu i pęcherza dotkniętych rakiem, który rozwinął się na podstawie drażnienia przez kamyki nerkowe.

W dyskusyi zabierali głos koll. Zarewicz, Obaliński, Harajewicz jun., przewodniczący i prelegent.

Sekretarz: *Dr. Bukowski.*

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Levy: **O chorobach kości u robotników obrabiających perłową muszlę.**

Zmiana kości tych robotników rozpoczyna się od gwałtownych bólów, a gorączka, jeżeli istnieje, jest mierną. Kość staje się bolesną, rozwija się miękki obrzęk, nie przechodzący nigdy w ropienie, występujący powoli z pozostawieniem twardéj kostniny. Nawroty są często, a nawet wtedy, jeżeli porzucono zajęcie. W literaturze istnieje mało opisów takich przypadków, wszystkie one pochodzą z Wiednia, z Birminghamu i z innych fabryk perłowéj muszli nie opisano dotychczas żadnych przypadków. Levy spostrzegał w przeciągu 4 lat pięć przypadków téj ciekawéj choroby, liczbę ogromną dla tego, ponieważ w Wiedniu trudni się tem rzemiosłem 4000 ludzi wo-

bec 300 w Berlinie i ponieważ tu w przeciwieństwie do Wiednia znajduje się mało niedorostków między robotnikami. Obrzęki zajmowały obie szczęki, obojczyk, kości odnóg górnych i dolnych, kości śródstopia i t. d. Nawroty były bardzo częste. Przyczyny choroby szuka Gussenbauer w tem, że robotnicy przy toczeniu wewnętrznéj warstwy perłowéj muszli wdychają wiele drobnych cząsteczek istoty organicznéj, przez co powstają zatory w tętnicach kostnych. L. zaś sądzi, że także szlifierze, a szczególnie ci, którzy odcinają i szlifują zewnętrzną skorupę, są narażeni na niebezpieczeństwo. Kamienie obracają się w skrzyniach z wodą, a ponieważ oczyszczenie ich jest bardzo trudnem, dla tego są one zwykle wypełnione mułem, w którym znachodzą się resztki wszystkich istot organicznych, jakie morze osadziło na skorupach. Muł ten obryzguje twarz robotników, a na téj nieczystości polega według L. choroba. Brieger obecnie zajmuje się badaniem tych istot. (*Münch. med. Woch.* 1889, Nr. 44).

Dr. Baschkopf.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dn. 3 lipca. Na wczorajszem posiedzeniu Tow. lekarskiego zdał przewodniczący kol. Kohn sprawozdanie z zakupienia wieńca na pogrzeb Mickiewicza i zawiadomił o rodzaju wzięcia udziału przez Tow. lekarskie. Następnie kol. Walentowicz miał zapowiedziany odczyt o pasorzytach w jelitach konia.

* **II. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie**. Dalsze wykłady zapowiedzieli:

26. Dr. Beck (z Krakowa): O oznaczaniu lokalizacyi funkcyi kory mózgowéj na podstawie zjawisk elektrycznych w mózgu.

27. Prof. Obaliński (z Krakowa): O niespodziankach po gastroenterostomii.

28. Tenże: Z zakresu chirurgii nerek.

* Sekcyja przygotowawcza medycyny wewnętrznéj VI-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie ukonstytuowała się dnia 30 czerwca b. r. pod kierunkiem prof. Korczyńskiego, mianowanego przez Wydział gospodarczy Zjazdu przewodniczącym sekcyi. Zastępcami przewodniczącego wybrano proff. Dra Jakubowskiego i Gluzińskieo, sekretarzami Drów Surzyckiego i Momidłowskiego Stanisława. Uchwalono nadto dobrać nowych członków i zająć się ułożeniem tematów do referatów na posiedzenia Zjazdu i w tym celu wybrano podkomisyję, w skład któréj weszli prof. Gluziński, Dr. Kwaśnicki, Dr. Kośmiński, Dr. Murdzieński, docent Ponikło i Dr. Wiszniewski.

* Ministerstwo spraw wewn. udzieliło Prof. Dr. A. Barańskiemu, kierownikowi zakładu krowiankowego we Lwowie, subwencyję w kwocie 300 złr.

* W szpitalu bialskim opróżnioną jest posada sekundaryjusza, na którą w budżecie wyznaczoną jest płaca roczna 350 złr.

* W Krynicy do dnia 29 czerwca było gości 1206, w Cieplicach czeskich 2510.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Graz.** Rektorem uniwersytetu wybrany prof. anatomii patolog. Eppinger.— **Budapeszt.** Katedrę anatomii opisowéj otrzymał ostatecznie prof. Thanhoffer, dotychczasowy prof. fizyjologii w zakładzie weterynarskim. — **Praga czeska.** Dr. Jan Mitvalsky, redaktor Časopisu lek. česk. habilitował się w wydziale czeskim jako docent chorób ocznych. Prof. med. sądowéj Reinsberg wybrany dziekanem wydz. lek. na rok przyszły, a prof. fizyjologii Tomsa rektorem.

* **Wiadomości osobowe.** Stopień doktorów w. nauk. lek. w Uniwersytecie Jagiell. otrzymali pp. Stanisław Sochanik ze Lwowa, Leon Schützer i Adam Teodor Szulisławski z Tarnowa.

* **Nekrologija.** We Wiedniu umarł prymaryjusz szpitala Rudolfa Dr. Kiemann w 52-gim roku życia. Zmarły jeździł w r. 1879 razem z ś. p. Biesiadeckim do Wietlanki.

Artykuły orygin mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Kronice Lek.* Nr. 6: Sędziaka: Leczenie przerostu migdałków. — W *Gazecie Lek.* Nr. 26: Pawińskiego: Potrójna wada serca; Ruperta: Przyczynek do patologii powikłań zapalenia płuc włóknikowego (dok.); Przedborskiego: O krwotocznem zapal. krtani (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. Ant. MARS, doc. Uniw. Jag.: Przekrój zamrożonego ciała osoby zmarłéj podczas porodu skutkiem pęknięcia macicy, z 2 rycinami w tekscie, in 4 maj. str. 22 i 4 tablicami (1 kolorow., a 3 litograf.) in folio. Wydawnictwo Akad. Umiej. w Krakowie 1890. — Dr. PAWIŃSKI: O wpływie influenzy na serce (Odbitka z *Gaz Lek.*). Warszawa 1890, in 8-vo, str. 19. — Dr. Stanisław PONIKŁO: Zakopane jako miejsce klimatyczne. Kraków 1890, in 8 vo str. 42 i 7 tablic meteorologiczn. — Prof. RYDYGIER: Opis nowéj kliniki chirurg. w Krakowie (Odbitka z *Przegl. Lek.*). Kraków 1890, in 8-vo str. 18 z rycin.— Tenże: Ein neuer Vorschlag z. operat. Behandlung d. Uterusmyome (Odbitka z *W. klin. Woch.* 1890) in 8-vo str. 5. — Tenże: Zur Operations-technik bei der Unterbindung d. Art. thyroidea inf. (Odbitka z *Centralbl. f. Chirurg.* 1889), in 8-vo str. 3. — Prof. DRASCHE: Influenza (Odbitka z *W. med. Woch.*). Wien 1890, in 8-vo str. 42.— Dr. NEUMANN-WENDER: Kurzgefasste Anleihung z. chemisch. mikrosk. Untersuchung d. Harns. Wien 1890, M. Parles, str 62. — Dr. Wł. ZACOZIECKI (Czerniowce): Hochsitzendes Mastdarm carcinom, Operation nach Kraske, Heilung (Odbitka z *W. med. Bl.* 1890) in 8-vo str. 12.— A HOLOWKO: Ein Beitrag z. Prophylaxe d. Puerperalerkrankungen, Dorpat 1890, in 8-vo str. 78. — Dr. J. KARLIŃSKI: Ein exper. Beitrag z. Kenntniss d. Pyosepthämie d. Neugebornen v. Verdauugstracus aus. (Odbitka z *Prager med. Woch.* 1890) in 8-vo, str. 12. — Sprawozdanie ósme z czynności komitetu zarządzającego kasą pomocy dla osób pracujących na polu naukowem imienia Dra Józefa Mianowskiego za r. 1889. Warszawa 1890, in 8-vo, str. 104. — Dr. LOEBEL: Die Mineral-Moorbäder u. deren Ersatz. (Odbitka z *Med. Presse*) 1890, in 8-vo, str. 26.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 12 Lipca 1890. Nr. 28.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81. Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

I. Broń palna Manlicherowska a przyszła wojna.

Podał
Dr. Józef Bogdanik,
prymaryjusz szpitala pow. w Biały.

Wieczorem dnia 23-go kwietnia 1890 r. poraz pierwszy większą ilość ofiar położyła broń palna, po któréj strategicy w przyszłéj wojnie wielkich spodziewają się wyników. Tym razem była to walka bratobójcza w Białéj, w któréj użyto broni celem poskromienia pijanéj tłuszczy. Mając sposobność obserwowania prawie wszystkich rannych, a następnie dokonawszy sekcyj zwłok zabitych i umarłych z powodu pocisków, przedstawiam niniejszem wyniki mojéj pracy, z któréj lekarze powołani do niesienia pomocy rannym w przyszłéj wojnie niejedną wskazówkę zaczerpnąć mogą.

Broń, któréj użyto, jestto tak zwany system Manlicherowski w roku 1888 zaprowadzony w armii austryjackiéj i pruskiéj. Kula ma powierzchnię całkiem gładką i składa się z cienkiéj osłony stalowéj i jądra ołowiowego. Jest ona 31·8 milimetrów długą o średnicy 8 milimetrowéj i waży 15·8 gramów. Do wyrzucenia tego pocisku z lufy potrzeba stosunkowo małéj ilości, bo tylko 4 gramów prochu. Mimoto niesie kula na 5000 kroków z chyżością początkową 530 robiąc na sekundę 2120 obrotów około osi długiéj. Dodajmy do tego, że żołnierz może dać 40 [1]) strzałów na minutę, a będziemy mieli pojęcie o najbardziéj dotąd wydoskonalonéj broni palnéj. Spodziewano się po niéj, iż wobec bardzo małéj objętości i ogromnéj chyżości jako też wobec tego, że powierzchnia jest całkiem gładką, rany zadane będą bardzo małemi, że ani w częściach miękkich, organach miąższowych ani w kościach nie wywoła takich zniszczeń jak kule w poprzednich wojnach użyte, że zatem w przyszłości więcéj będzie rannych, ale za to strona śmiertelności się zmniejszy, jak również mniéj pozostanie kalek. Doświadczenia dokonane na zwłokach i zwierzętach [2]) nie potwierdziły w całości oczekiwań, o ile zaś te zgodne są z rzeczywistością przekonywamy się z historyj chorych i oględzin pośmiertnych.

Już po rozwiązaniu krwawego dramatu t. j. około godziny 8-méj wieczór w dniu 23 go kwietnia r. b. przywieziono zwolna do tutejszego szpitala 12-tu bezprzytomnych, albo bardzo mało przytomnych. W liczbie téj atoli był jeden, który jak późniejsze badanie wykazało, żadnego nie doznał uszkodzenia, tylko legł pijany, dwóch innych zaś było rannych od broni białéj; tych tedy nie uwzględniam.

1) S. S. robotnik fabryczny, z Kóz, l. 16, odpowiednio do wieku dość dobrze zbudowany i odżywiony, został postrzelonym, zdaje się, z odległości zaledwie kilkudziesięciu kroków poczem padł bezprzytomny i mniéj lub więcéj w godzinę późniéj w szpitalu opatrzony został. Tenże okazał w linii pachowéj przedniéj na 5 cm. poniżéj lewego łuku żebrowego ranę okrągławą 5 mm. w średnicy mającą z obwódką, jakby sparzoną na 1 mm. szeroką. Drugą zaś ranę w okolicy dolnego brzegu nerki lewéj mającą 7 mm. w średnicy o brzegach nieco postrzępionych. Tętno słabe nie poprawiło się mimo zadania koniaku i śmierć nastąpiła w 2 godziny po przybyciu do szpitala.

Sekcyja zwlok wykazała: dość sporą ilość płynnéj i skrzepłéj krwi w jamie brzusznéj. Kanał postrzałowy przechodzi przez mięśnie brzucha i tworzy na otrzewnéj blisko łuku żebrowego gładki otwór drożny dla końca małego palca. Podobny otwór jest na otrzewnéj przy dolnym końcu nerki lewéj. Brzeg tylny nerki blisko dolnego końca ma gładkie naddarcie 5 mm. w miąższ idące, następnie przechodzi kanał postrzałowy po zewnętrznym brzegu lewego mięśnia lędźwiowego (*psaos*) ku otworowi tylnemu. W mięśniach na około kanału postrzałowego bardzo mała ilość wynaczynionéj krwi. W jamie brzusznéj żaden narząd nie uszkodzony.

2) J. H., 18-letni, robotnik fabryczny, z Rybanowic, słusznego wzrostu, dobrze zbudowany, doznał ran postrzałowych z odległości około 50 kroków w lewą gałkę oczną, po lewéj stronie klatki piersiowéj i lewego podudzia. Nieprzytomny padł na miejscu i został dostawionym do szpitala z brakiem lewéj gałki ocznéj. W kącie wewnętrznym oka lewego jest niekształtna rana, powieka górna wywinięta ku górze. Z rany wydobywają się kawałki miąższu mózgu. Ponad prawym obojczykiem mniéj lub więcéj w środku jest okrągława ranka dla główki szpilki drożna, od któréj biegnie

[1]) Najgorszy strzelec daje 25, mistrze dochodzą do 54 strzałów. — [2]) Dr. Habart. *Zur Frage moderner Kleinkaliberprojectile. Wiener medicinische Presse* 1889, Nr. 24. Tenże: *Die Geschossfrage der Gegenwart.* Wien, 1890.

kanał $1^1/_2$ cm. długi równolegle do obojczyka, na końcu którego tkwi kawałeczek ołowiu niekształtnego wielkości ziarnka prosa. Po lewéj stronie klatki piersiowéj widać na skórze cztery niekształtne ranki, każda wielkości ziarnka soczewicy, nie drążące przez całą grubość skóry, w których tkwią drobne kawałeczki ołowiu trudno od skóry oddzielić się dające. W lewej pasze widać okrągławą ranę o brzegach nierównych wielkości czworaka, z któréj przy oddechaniu wydobywa się powietrze i skąpa ilość krwi. Na przedniéj powierzchni podudzia lewego jest eliptyczna rana o średnicy 6 cm. długiéj i brzegach nierównych, na dnie któréj wyczuć można zmiażdżoną kość goleniową. Kończynę dolną lewą ułożono na szynie, rany opatrzono jodoformem. Śmierć nastąpiła w 6 godzin po zadaniu ran.

Sekcyja wykazała: a) miąższ mózgu wypełnia lewą jamę oczodołową, na dnie któréj zmiażdżone są kości dno oczodołu stanowiące t. j. *pars orbitaria ossis frontis*, *lamina papyracea ossis ethmoidei*, *superficies orbitalis maxillae superioris*, *ala magna ossis sphenoidei* i *os lacrymale*. Od oczodołu rozchodzą się szczeliny promienisto. Brzeg oczodołu w całości utrzymany. Miąższ mózgu w okolicy oczodołu zmiażdżony i pomięszany z odłamkami kości, opony mózgowe poszarpane. W dalszym ciągu biegnie kanał gładki niemal poziomo po lewéj stronie spoidła mózgowego (*corpus callosum*) i kończy się ślepo tuż pod oponą mózgową na tyłogłowiu. W kanale tkwią drobne cząstki kości, na końcu zaś tkwi niekształtny kawałeczek ołowiu. Pomiędzy oponami, jakoteż na podstawie mózgu, wynaczyniona krew w skąpéj ilości; b) poniżéj pachy lewéj jest w okolicy 6-go żebra okrągławy ubytek skóry w średnicy 4 cm. o brzegach nierównych. Szóste żebro w temże miejscu przebite, na około rany w żebrze idą promieniste szczeliny w wszystkich kierunkach. Kanał postrzałowy idzie przez górny brzeg dolnego płatu płuca lewego dla palca średniego drożny. Miąższ płuca na około kanału przekrwiony, prawie bezpowietrzny. Górny brzeg 8-go żebra okazuje na 5 cm. od kręgosłupa ubytek półkolisty o średnicy 5 mm.; w téj okolicy przestwór międzyżebrowy 7-my jest rozdarty. Poniżéj dolnego kąta łopatki lewéj tkwią pod skórą dwa kawałeczki ołowiu; c) mniéj lub więcéj w środku lewego podudzia jest ponad kością goleniową ubytek skóry 6 cm. długi a 4 cm. szeroki o brzegach nierównych. Kość goleniowa w tem miejscu jest potrzaskaną i okazuje na przedniéj powierzchni ubytek długości 5 cm. W okolicy tegoż wielka ilość drobnych odłamków po części luźnie leżących, po części ze sobą spojonych za pomocą okostnéj. Z tylnéj powierzchni kości goleniowéj oddarty jest 15 cm. długi odłamek o brzegach ostrych, a nadto spora ilość mniejszych odłamków. W mięśniach łydki tkwią drobne oszczepy kości i kawałeczek niekształtny ołowiu. Kość piszczelowa w całości jest utrzymaną.

3) F. S., wyrobnik fabryczny z Starego Bielska, liczący lat 37, okazuje po lewéj stronie pępka w odległości 3 cm. od tegoż ranę okrągławą o brzegach nieco postrzępionych drożną dla palca wskazującego, z któréj się sączy dość obficie krew. Tętno słabe, częste wymioty, nieprzytomność. Ranę rozszerzyłem ku górze i ku dołowi, aby sobie utorować drogę do jamy brzusznéj. Na najwyższéj wypukłości jelita znalazłem ranę dla dużego palca drożną o brzegach nierównych drążącą przez wszystkie warstwy jelita. W ranie tkwi kawałeczek grubo krajanéj kapusty (kilka kawałeczków kapusty usunąłem nadto z jamy brzusznéj). Ranę w jelicie spoiłem jednowarstwowym szwem z katgutu karbolowego, a że mimo to krwawienie nie ustawało, śledziłem daléj za miejscem broczącem i znalazłem otwór dla dużego palca drożny na śródjeliciu poprzecznem (*mesocolon transversum*), który zeszyłem katgutem chromowym. Następnie oczyściłem jamę brzuszną, spoiłem szwem kuśnierskim najpierw ranę w otrzewnéj ściennéj, daléj ranę w mięśniach i skórze i założyłem opatrunek jodoformowy, opatrzywszy zarazem okrągłą ranę o brzegach gładkich w okolicy nerkowéj prawéj mającą 7 mm. średnicy. Śmierć nastąpiła w 6 godzin po doznanem uszkodzeniu, przytomność nie wróciła.

Sekcyja wykazała: małą ilość krwi w jamie brzusznéj bez obcéj treści. Szew na jelicie, jakoteż śródjeliciu trzymał dobrze, inne narządy w jamie brzusznéj nieuszkodzone. Kanał postrzałowy kończy się tuż poniżéj prawéj nerki koło kręgosłupa bez naruszenia kręgu lub nerki. Lekkie nastrzykanie otrzewnéj.

4) F. W., wyrobnik z Cięciny, lat 51 liczący. Tenże poniósł ranę postrzałową w częściach miękkich po nad częścią łopatkową lewego obojczyka (*pars acromialis claviculae sinistrae*). Rana z przodu całkiem okrągła ma 5 mm. w średnicy z obwódką, jakby ugniecioną; z tyłu jest rana nieco gwiazdkowata, mająca 8 mm. w średnicy po nad górnym zewnętrznym kątem łopatki lewéj. W lewéj okolicy łonowéj 3 cm. powyżéj spojenia kości łonowych jest rana okrągła, 7 mm. w średnicy mająca, o brzegach gładkich. Druga rana jest w linii białéj na 5 cm. poniżéj pępka, o średnicy 6 mm., z obwódką 1 mm. szeroką, kształtu okrągłego. Trzecią ranę znaleziono 3 cm. na zewnątrz od prawego kolca przedniego górnego (*spina anterior superior*) o średnicy 8 mm., nieco postrzępioną. Czwarta rana wreszcie znajduje się po lewéj stronie kości krzyżowéj. Nieprzytomność, wymioty, tętno bardzo słabe, założono opatrunek jodoformowy. Śmierć po upływie 6-ciu godzin.

Sekcyja: kanał łączny rany ponad obojczykiem lewym jest całkiem gładki i zawiera tylko skąpą ilość krwi. Odpowiednio do rany w okolicy łonowéj lewéj jest w lewym wewnętrznym dołku pachwinowym otwór w otrzewnéj ściennéj mający w średnicy 1 cm. i brzegi gładkie. Na przeciw niego jest w sieci na 7 cm. szeroka rana, daléj jest na otrzewnéj miednicy okrągły otwór dla palca drożny po lewéj stronie między kością kryżową a ogonową. Kanał kończy się w ranie skórnéj po lewéj stronie kości krzyżowéj. Odpowiednio do rany poniżéj pępka w linii białéj jest na otrzewnéj ściennéj rana dla małego palca drożna, daléj w jelicie mniéj lub więcéj w połowie długości tegoż na szczycie otwór o średnicy 1 cm., w oddaleniu 10 cm., drugi otwór 3 cm. w średnicy mający, w dalszym ciągu na 30 cm. powyżéj kiszki ślepéj jest przedziurawienie ścian jelita biodrowego dla palca drożne; zaś na otrzewnéj ściennéj koło prawego kolca górnego przedniego otwór okrągławy o średnicy 1 cm. W jamie otrzewnowéj nieco krwi (kanał postrzałowy idzie widocznie od linii białéj ku kolcowi górnemu prawemu, strzał ten zatem paść musiał w położeniu leżącem).

5) K. Sz., lat 23 liczący, robotnik fabryczny, doznał postrzału przez oba pośladki niemal symetrycznie; został opatrzonym w szpitalu i umarł w 9 godzin po doznanem uszkodzeniu, po kilkakrotnych wymiotach.

Sekcyja: po zewnętrznéj stronie pośladka 14 cm. poniżéj grzebienia kości biodrowéj lewéj okrągła rana o brzegach gładkich, 5 mm. w średnicy mająca, z wąską obwódką. Po zewnętrznéj stronie pośladka prawego 10 cm. poniżéj grzebienia kości biodrowéj jest rana, mająca 7 mm. w średnicy z obwódką zaschłą, w przedłużeniu któréj w kierunku ku kości krzyżowéj jest przeczos 6 cm. długi ku końcowi się rozszerzający tak, że razem z raną ma postać komety. Po otwarciu jamy otrzewnowéj widać skąpą ilość krwi, a w małéj miednicy płynny kał. W kiszce grubéj zstępującéj jest sześć otworów okrągławych każdy o średnicy 1 cm. Z lewéj strony miednicy widać na otrzewny okrągławy otwór o średnicy $1^1/_2$ cm. komunikujący z raną w skórze. Po prawéj stronie miednicy jest na otrzewnéj rana o średnicy 1 cm., również z raną w skórze komunikująca. Kanał przechodzi po stronie prawéj przez *foramen ischiadicum majus* tuż koło kości biodrowéj, nie dotykając takowéj, po stronie lewéj zaś przez *foramen ischiadicum majus* w odległości 2 cm. od kości; w kanale postrzałowym nieco krwi.

6) M. M., robotnik fabryczny, z Rychwałdu, mający lat 32, doznał rany postrzałowéj brzucha, biegł następnie około 2000 kroków do fabryki, w któréj pracował, tamże zawezwany lekarz założył mu opatrunek, z którym go odniesiono do szpitala. Śmierć nastąpiła po upływie 10 godzin.

Sekcyja wykazała: rana okrągła 5 mm. w średnicy mająca, z obwódką 5 milimetrową w odległości 7 cm. od pępka w linii pozioméj ku stronie lewéj. Z tyłu w odległości 9 cm. od kręgosłupa na lewo w okolicy grzebienia kości biodrowéj okrągła rana, mająca 7 mm. w średnicy. W jamie otrze-

wnowéj dość znaczna ilość krwi po części płynnéj, po części skrzepłéj. Na największéj krzywiźnie jelita okrągława rana o średnicy 2 cm., nieco mniejsza zaś rana w ścianie zewnętrznéj jelita, daléj na śródjeliciu rana przeszło 2 cm. długa. Po wewnętrznéj stronie lewéj kości biodrowéj jest dziura, mająca 6 mm. w średnicy, o brzegach dosyć gładkich, około któréj drobne szczeliny; po zewnętrznéj stronie kości biodrowéj jest otwór mniéj równy, a blaszka zewnętrzna na około otworu oderwana. W kanale postrzałowym pomiędzy kością, a raną w skórze tkwią drobne odłamki kości.

7) R. S., pomocnik malarski, z Lipnika, lat 25, otrzymał postrzał, jak sam twierdzi, z tyłu w odległości 180 kroków, uszedł jeszcze 800 kroków drogą nierówną do domu, gdzie lekarz zawezwany założył szew jelitowy i zaszył ranę brzuszną szwami jedwabnemi. Śmierć nastąpiła po upływie 6 godzin. Uskuteczniłem sekcyję sądowo-lekarską, bo wypowiedziano zdanie, iż strzał padł z piwnicy i to nie od broni Manlicherowskiéj.

Sekcyja: w linii przymostkowéj prawéj na 4 cm. poniżéj łuku żebrowego jest rana spojona dwoma szwami węzełkowemi, po usunięciu których widać ranę obłą 4 cm. długą a $1^1/_2$ cm. szeroką, a na dnie jéj obnażone jelito. W linii pachowéj tylnéj ponad grzebieniem prawéj kości biodrowéj rana prawie okrągła o średnicy $4^1/_2$ cm. Brzegi rany równe, ostre. W miejscu odpowiadającem ranie na brzuchu jelito jest zaszyte szwem jedwabnym, po zdjęciu którego widać w całości przedarte jelito na przestrzeni 2 cm. Rana w otrzewny jest większa, aniżeli w błonie śluzowéj jelita. Nieco niżéj jest również szew jelitowy, po usunięciu którego widać, iż tylko otrzewna przedartą została na przestrzeni 2 cm. bez naruszenia warstwy mięsnéj. W kiszce grubéj wstępującéj jest otwór wielkości czworaka, szwem niespojony. Na otrzewnéj ściennéj, nieco powyżéj grzebienia kości biodrowéj, jest rana o brzegach nierównych wielkości czworaka.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Z oddziału kiłowo-skórnych kobiet we Lwowie.

Pyoktanina.

Podał

Dr. Ż. Krówczyński.

Dr. Stilling, profesor oftalmologii w Strasburgu ogłosił przed kilkoma miesiącami rozprawę zatytułowaną *„Anilinfarbstoffe als Antisepticum und ihre Anwendung in der Praxis,“* z któréj dowiadujemy się o rezultacie badań nad barwikami anilinowemi. Odsyłając ciekawych do tej pracy, wspomnę pokrótce, że robił on doświadczenia botaniczne i bakteryjologijne z barwikami anilinowemi, fioletowemi i żółtemi, które pokrótce nazywa pyoktaniną niebieską i żółtą, a z których wypływa, że barwiki fioletowe i żółte, pierwsze silniej, szkodliwie wpływają na rozwój bakteryj tak gnilnych, jakoteż koków ropnych i że słabe rozczyny barwików wspomnianych okazują silne działanie antifermentacyjne. Doświadczenia na zwierzętach przekonały Stillinga o nieszkodliwości preparatów i zachęciły go do szeregu doświadczeń terapeutycznych, których rezultat był bardzo zachęcający. Jako okulista doświadczał działania pyoktaniny w zapaleniach rogówki z nagromadzeniem ropy w przedniej komórce, w owrzodzeniach rogówki, w zapaleniu powiek, spojówek, w miąższowem zapaleniu rogówki, w zapaleniu tęczówki, a nawet naczyniówki i w rozpaczliwym przypadku zapalenia sympatycznego oka. Zadowolony z rezultatów leczył i inne choroby, a na podstawie wszystkich spostrzeżeń wypowiada przekonanie, że pewne przetwory anilinowe stanowczo sterylizują i powstrzymują ropienie. Zachęcony tą pracą przedsięwziąłem badania terapeutyczne tak na materyjale szpitalnym, jakoteż ambulatoryjnym, o których obecnie kilka słów powiedzieć pragnę. Nie zniechęciły mnie ogłoszenia niepotwierdzające spostrzeżenia Stillinga, a idąc za radą autora sprowadziłem rozmaite preparaty pyoktaniny od Mercka z Darmstadtu, bo na czystość przetworów kładzie Stilling wielki nacisk. Wraz z kol. Świątkiewiczem i Stembarthem, pracującymi razem ze mną na oddziale, zastosowywaliśmy ją przedewszystkiem w zapaleniach cewki u kobiet, wychodząc z tego założenia, że objawy zapalenia, polegające w każdym razie na ropieniu, powinny szybko ustępować. Używaliśmy do przepłókiwania cewki słabych rozczynów wodnych pyoktaniny niebieskiej 0·1—200, ale rezultat tych doświadczeń bynajmniej nie był dodatni. Tak samo w tryprach u mężczyzn nie otrzymaliśmy dodatnich wyników tak po przepłókiwaniach, jakoteż przy injekcyach wykonywanych w zwykły sposób. Dziś stanowczo twierdzimy, że słabe rozczyny pyoktaniny niebieskiej 0·1—200 do 0·1—100 są stanowczo w tryprach nieskuteczne, a z doświadczeń robionych silniejszemi rozczynami nie chcemy na razie wysnuwać wniosków. Nieporównanie lepsze rezultaty otrzymano, stosując pyoktaninę niebieską w *Herpes progenitalis.* We wszystkich przypadkach tak u kobiet jakoteż u mężczyzn dokładne pomazanie pałeczką pyoktaniny niebieskiej, połączone ze zniszczeniem pęcherzyków, usuwało cierpienie, które po dwurazowém co najwięcej pomazaniu, raz na 24 godzin dokonaném, zupełnie ustępowało. Nie wielka to jednak korzyść, bo Herpes progenitalis jak wiadomo należy do bardzo dobrotliwych zboczeń. Używano pyoktaniny w kilku przypadkach owrzodzeń miękkich tak u mężczyzn, jakoteż kobiet. Te spostrzeżenia dały zadowalające wyniki. Ponieważ dla stanowczej dyjagnozy w 2 przypadkach zaszczepiłem wrzody miękkie na indywiduach dotkniętych chorobą, miałem sposobność przekonać się, że pyoktanina tém skuteczniej działa, im wcześniejsze jest owrzodzenie. Dodawszy do tego, że zastosowanie pyoktaniny jest zupełnie bezbolesne i że w żadnym przypadku nie powstało zajęcie gruczołów pachwinowych, chociaż w jednym przypadku były bardzo liczne owrzodzenia nietylko około spoidła dolnego i na sromie większym, ale co najważniejsze około wejścia do kiszki i w samej rzyci, w drugim zaś znajdowały się na więzadełku napletkowem, a jak wiadomo owrzodzenia tutaj usadowione najczęściej towarzyszą dymienicy, musimy z rezultatów być zadowoleni. W dwóch przypadkach po 3 razowém dokładnem pomazaniu wrzody miękkie były zupełnie zabliźnione, chociaż prócz tego nic nie robiono, w ogóle zaś leczenie krócej trwało, niż przy dotychczasowych sposobach leczenia. Prócz tego w 2 przypadkach dymienic po wrzodach miękkich stosowałem i również z dobrym skutkiem rozczynu 0·1—200 pyoktaniny niebieskiej. W obu przypadkach dymienicy pachwinowej zropiałej nakłułem tylko o tyle, aby umożliwić wyciśnięcie ropy, a uskuteczniwszy to, wstrzyknąłem rozczyn pyoktaniny 0·1—200 i po powtórném wyciśnięciu wstrzykniętego płynu znów wstrzyknąłem, pozostawiając 2 gramy rozczynu w jamie. Na drugi dzień nie było śladu ropy, a tylko płyn czysto surowiczy, bardzo lekko krwią zabarwiony, a 4 dnia był proces chorobowy zupełnie ukończony Za mało spostrzeżeń zgromadziłem dotąd w owrzodzeniach skóry i w owrzodzeniach tocznia *(Lupus),* abym mógł wypowiedzieć zdanie o wynikach, zdaje mi się jednak, że działanie jodoformu przewyższa działanie pyoktaniny we wrzodzącej postaci tocznia. Na razie nie chcę przesądzać sprawy co do skuteczności w zapaleniu tryprowém szyjki macicy, na które zastosowywano jużto żółtą, jużto niebieską pyoktaninę, mam jednak nadzieję, że wkrótce koledzy pra-

cujący ze mną zdadzą dostatecznie sprawę. Na dzisiaj mogę zapewnić, że niebieska pyoktanina jest stanowczo skuteczną w owrzodzeniach zwykłych w Herpes progenitalis i tak zwanych wrzodach miękkich i że w tych przypadkach stanowczo zasługuje na pierwszeństwo przed sposobami dotychczas używanemi a wreszcie że dotychczasowe próby moje z leczeniem dymienic po wrzodach miękkich zachęcają co najmniej do dalszych doświadczeń.

Słyszałem i widziałem, że innym kolegom pyoktanina niebieska nie dawała równie dobrych wyników jak mnie, a zdaje mi się, że winę ponosił nie środek, lecz sposób jego użycia. Aby działanie było widoczne, radzę najpierw dokładnie oczyścić wrzód rozczynem pyoktaniny niebieskiej 1—1000, potém watą napojoną pyoktaniną lekko osuszyć, wreszcie zwilżoną pałeczką pyoktaniny niebieskiej dokładnie pomazać, a nakoniec proszkiem czystym pyoktaniny posypać i watą pyoktaninową przykryć, i to postępowanie przez kilka dni w odstępach 24 godz. powtórzyć.

Nie mogę zamilczeć o ujemnej stronie pyoktaniny, a tą jest niebieszczenie rąk i miejsc, z któremi pyoktanina się styka. Łatwość oczyszczenia rąk wyskokiem mydlanym (*Spiritus saponis kalini*) lub wódką kolońską zmniejsza tę niedogodność.

III. Przyczynek do onkologii powiek.

Podał

Dr. med. **Konrad Rumszewicz** w Kijowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 27).

Wspomnę dalej o dwóch podanych przypadkach gruczolaka gruczołów Meiboma. Pierwszy opisał taki przypadek Baldauf (*Diss.* München 1870). Kobieta 59-letnia; guz rósł 4 lata i zajmował $^2/_3$ części chrząstki prawéj dolnéj powieki. Rozpatrzywszy się w literaturze i na podstawie swego przypadku, B. przyznaje powstawanie z gruczołów Meiboma prawdziwego gruczolaka, jak pojmował go Förster, t. j. nowotwór powstaje li tylko wskutek wybujania tkanki gruczołowéj i jest bezwarunkowo łagodny. Rozwój jest nader powolny, a nowotwór wyraźnie się odgranicza od części otaczających. Drugi przypadek opisał Bock (*Wiener med. Wochenschrift* 1888, Nr. 39). U 62 letniéj kobiety, na wewnętrznéj powierzchni prawéj górnéj powieki znajdowała się blado-różowa narośl o powierzchni guzowatéj, a miękka jak ciasto. Badanie drobnowidowe wykazało: gruczolak z gruczołów Meiboma powstały.

Teraz opiszę własne swoje przypadki.

1) Ziarniniak powieki. A. N., 18 letni chłopiec, opowiada, że przed trzema laty otrzymał uderzenie trzaską w lewą dolną powiekę. W pobliżu kąta zewnętrznego oka spostrzegamy w dolnéj powiece obrzęk 9 mm. długi, a 7 mm. wysoką. Skóra powieki jest zupełnie prawidłową i w obrębie nowotworu swobodnie przesuwalną, chociaż spostrzegamy tu białawą plamkę, jakby bliznę. Natomiast na spojówce powieki, w miejscu odpowiedniem nowotworu, spostrzegamy znaczne przekrwienie; zresztą pozostała część spojówki téj powieki, jakoteż spojówka górnéj powieki i gałki są zupełnie prawidłowe. Narośl ponad chrząstką nie była przesuwalną, będąc z nią ściśle zrośniętą, chrząstka zaś w ogóle w okolicy kąta zewnętrznego jest znacznie zgrubiałą. Zdecydowałem się wyciąć narośl całkowicie przez cięcie w skórze powieki wykonane, gdyż w wyskrobaniu za pomocą ostréj łyżeczki nie pokładałem wielkiéj nadziei, a to z powodu, że na spojówce chrząstki nie spostrzegłem zwykłego przy stwardniałym jęczmyku blado-żółtego miejsca. Już podczas operacyi przekonałem się, że guz w kierunku ku spojówce stopniowo się zmniejszał, nadto udało się oddzielić go swobodnie od spojówki powieki, która pozostała zatem nietkniętą. Po należytem przechowaniu nowotworu, wykonałem przez cały cięcia poprzeczne, począwszy od części jego, która ku skórze była zwróconą. Już po ósmem lub dziesiątem cięciu w środku nowotworu spostrzegłem wyraźny punkcik. Gdy zagłębiłem się do nowotworu mniéj lub więcéj o 2 mm., nóż mikrotomu zazgrzytał w samym środku, jednocześnie też przekonać się mogłem, że w miejscu, które odpowiadało poprzedniemu punkcikowi, znajdowało się ciało twarde, prawdopodobnie obce. Przeto uwolniwszy wyrób od parafiny, którą był przesiąknięty, wyciągnąłem owo ciało za pomocą szczypczyków i przekonałem się, że byłto kawałek drzewa, ku wewnątrz znacznie cieńszy, ku zewnątrz znacznie grubszy, a przenikający przez cały nowotwór w kierunku cokolwiek ukośnym; wogóle miał grubości 0·5—1·0 mm. Po usunięciu drewienka na cięciach zawsze otrzymywałem mniéj lub więcéj w środku nowotworu światło, najprzód większe, późniéj w kierunku ku wewnętrznemu brzegowi nowotworu stopniowo coraz mniejsze. Sam nowotwór byłto typowy ziarniniak wywołany obecnością w tkance powieki cząstki drzewa. Nie ulega wątpliwości, iż w chwili uderzenia trzaską jeden z ostrych jéj końców utkwił w saméj tkance powieki, następnie zaś odłamał się, a powstały otwór zaciągnął się zupełnie; za wskazówkę w tym razie służyć może blizna w skórze powieki spostrzegana. Że przy badaniu chorego nie mogliśmy przypuszczać istnienia ciała obcego, nic w tem dziwnego, gdyż takowe najzupełniéj było otoczone dość grubą zresztą pochewką z tkanki ziarninowéj złożoną. Budowa ziarniniaka na całéj przestrzeni nowotworu była zupełnie jednostajną, tylko w okolicy chrząstki spostrzegałem w dwóch miejscach dość znaczne jeszcze resztki gruczołów Meiboma, pozatem sama chrząstka również przeistoczyła się w tkankę ziarninową.

2) Gruczolak gruczołów Krausego. A. N. 34-letni mężczyzna, od trzech lat spostrzegł stopniowo zwiększającą się obrzękłość prawéj górnéj powieki, nieopodal kąta zewnętrznego oka. Przy oględzinach znalazłem: szczelina powiek prawego oka cokolwiek wązka, zwłaszcza w okolicy kąta zewnętrznego. Łatwo się też przekonać, iż górny brzeg chrząstki w połowie zewnętrznéj oka jest znacznie zgrubiały; zgrubiałość ta stanowi jakby wałek, wyraźnie odgraniczony od pozostałéj części chrząstki. Skóra nad nowotworem jest zupełnie swobodnie przesuwalną, przeciwnie z chrząstką jest on bardzo ściśle połączony. Cały nowotwór ma długości przeszło 1 ctm., grubości zaś i szerokości jego ściśléj określić niepodobna, ze względu na bezpośrednie połączenie jego z chrząstką. Stopniowy, a bardzo powolny rozwój nowotworu dowodził łagodności jego, ze względu zaś na miejsce, które zajmował, uzasadnionem było przypuszczenie, iż pochodzi od tych części gruczołów Krausego, które znajdują się nie w zwężonéj części chrząstki powieki, pomiędzy górnym brzegiem gruczołów Meiboma a miejscem przyczepienia dźwigacza powieki, lecz jak najpierw dokładniéj opisał Wolfring, znacznie daléj ku zewnątrz, już poza obrębem chrząstki, po obu stronach ścięgna dźwigacza powieki, przeważnie zaś po stronie zewnętrznéj tegoż. Odwróciwszy powiekę łatwo przekonać się mogłem, że spojówki zarówno powieki, jakoteż fałdu przejściowego, zupełnie były prawidłowe i z nowotworem bynajmniéj nie zrośnięte. Mogłem się spodziewać, że z łatwością usunę przez cięcie w skórze nowotwór wraz ze zwyrodniałą częścią chrząstki, pozostawiając spojówkę zupełnie nietkniętą. W saméj powiece nowotwór miał położenie ukośne: górna powierzchnia znajdowała się bliżéj skóry, dolna bliżéj spojówki.

Przechowany początkowo w płynie Müllera nowotwór miał długości 1·3 ctm., wysokości 1 ctm., grubości zaś 1·5 ctm. W środku wewnętrznéj powierzchni nowotworu spostrzegłem niegłęboką wklęsłość, która dzieliła go na dwie nierówne części, mniejszą górną i znacznie większą dolną, wklęsłość była również wyraźną na skroniowéj i nosowéj powierzchniach nowotworu, przeciwnie na przedniéj powierzchni zale dwie była widoczną. Na cięciach poprzecznych w istocie przekonałem się, że co do budowy obie części nowotworu znacznie się różniły. Jakkolwiek nowotwór był wyraźnie odgraniczony od sąsiednich tkanek, jednakże dokoła niego torebki z tkanki łącznéj nie znalazłem. Górna połowa nowotworu składała się z dość gęsto obok siebie położonych okrągławych pól, przedzielonych przegródkami, których grubość przeciętna wyno-

siła mniéj więcéj połowę przeciętnéj grubości pola i tylko w kilku miejscach widziałem przegródki, których grubość znacznie już przenosiła średnicę pola. Pola owe składały się z komórek nabłonkowych walcowatych, których grubsze podstawy skierowane były ku obwodowi, wierzchołki ku środkowi pola, jądra zaś komórek znajdowały się bliżéj obwodu, w części grubszéj komórek. Światło widziałem w bardzo niewielu polach. Przegródki, które pola przedzielały, składały się z typowéj tkanki ziarninowéj i grubiały widocznie w kierunku z góry i z zewnątrz, ku dołowi i ku wewnątrz czyli ku owemu rowkowi, który, jak wyżéj powiedziałem, dzielił nowotwór na dwie nierówne części. Niżéj owego rowka, budowa nagléj ulegała zmianie: przegródki stanowiły tu odrazu znacznie przemagającą masę tkanki nowotworu, zaś owe pola napotykaliśmy tylko w pewnych miejscach. Stosunek zachodził tu tego rodzaju, że tkanka przegródek czyli podścielisko stanowiło co najmniéj dziewięć dziesiątych powierzchni cięcia poprzecznego. Same pola nabłonkowe tem się tylko różniły od pól w górnéj części, że gdy tam wyłącznie napotykaliśmy okrągłe pola, tu znów obok okrągłych miały one również kształt walcowaty, lecz komórki nabłonkowe, z których się składały, w niczem się nie różniły od komórek górnéj części nowotworu, jądra zaś tak samo były położone w częściach obwodowych. Podścielisko składało się z tkanki ziarninowéj i tylko w kilku miejscach napotykałem dość grube pęczki zbitéj tkanki łącznéj, która zresztą wyłącznie stanowiła najbardziéj ku dołowi posuniętą część nowotworu. Nie mogę przemilczeć tu, że na pierwszy rzut oka dolna część nowotworu najzupełniéj przypomina górną część chrząstki górnéj powieki noworodków, mianowicie wewnętrznéj połowy téjże, która, jak wiemy, gruczoły Krausego posiada. U dorosłych gruczoły te zajmują na cięciach cały prawie wierzchołek chrząstki, pozostawiając często dokoła tylko cienkie pasemko zwięzłéj tkanki łącznéj, bardzo nieliczne komórki zawierającéj; u noworodków przeciwnie zraziki gruczołków bardzo są odosobnione, tkanka łączna wszędzie wogóle w większéj znajduje się obfitości, wskutek tego tak zwana chrząstka powieki, czyli właściwie podścielisko dla gruczołów Meiboma i części gruczołów Krausego w porównaniu do dorosłych osób bardzo jest rozwiniętą, przegródki pomiędzy zrazikami gruczołów Krausego o wiele są grubsze od samych zrazików, z powodu też znacznego odosobnienia zrazików na cięciach o wiele częściéj niż u dorosłych uwydatniają się przewody zrazików w postaci figur walcowatych. Budowa też saméj chrząstki u noworodków jak również u młodych osób tem się jeszcze wyróżnia, że posiada ona komórki o wiele obficiéj, stosunek, który najłatwiej stwierdzić na cięciach poprzecznych powiek dorosłych i noworodków, zabarwionych siniawcem kampeszowym.

Mógłbym nawet nie wspominać, że ze względu na budowę i miejsce nowotworu uznać w nim wypada gruczolak gruczołów Krausego z podścieliskiem z tkanki ziarninowéj. Różnica budowy obu części nowotworu zależy li tylko na tem, że w górnéj części jego góruje tkanka gruczołowa, w dolnéj zaś przeciwnie tkanka ziarninowa.

3) Gruczolak gruczołów łojowych. S. Z., 20-letni. Gałki oka, spojówki i trzy powieki zupełnie prawidłowe, na dolnéj prawéj powiece, mianowicie ku zewnątrz od punkcika łzowego, spostrzegamy okrągławy guz, wielkości małego grochu; chory twierdzi, iż powstał on w ciągu czterech lat. Guz jest zrośnięty ze skórą, lecz jednocześnie również z chrząstką, wskutek czego nie jest przesuwalny; barwy blado żółtéj, dość twardy. Na spojówce powieki jest widocznem blade miejsce wielkości ziarnka konopianego. Nowotwór wyciąłem całkowicie przez cięcie w skórze powieki wykonane. Jakkolwiekbądź był on zrośnięty z chrząstką, jednakże zrośnięcie to właściwie nie przekraczało ochrzęstnéj, gdyż udało się wyciąć go, bynajmniéj nie zagłębiając się do istoty saméj chrząstki. Że w istocie tak było, stwierdziło to badanie anatomiczne. Środkowa część przedniéj powierzchni guza jest zupełnie zrośnięta ze skórą; w miejscu tem spostrzegamy li tylko brodaweczki skórne, natomiast nie znajdujemy wcale ani gruczołów potowych, ani też nawet włosków mchu. Pod warstwą Malpighiego znajduje się zwykła warstwa skóry, znacznie nawet zgrubiała, która zewsząd otacza guz, tworząc dokoła niego dość gruby woreczek, zawierający nieliczne naczynia krwionośne. Od woreczka kierują się ku środkowi do samego nowotworu dość grube przegródki z tkanki łącznéj, również naczynia krwionośne zawierające. Przegródki te tworzą gęstą sieć, któréj pętle wypełniają utwory z tkanki gruczołowéj. Utwory te bez wyjątku prawie na cięciach poprzecznych są okrągławe, chociaż rozmaitéj wielkości. Ku zewnątrz otacza je własny woreczek; obwodowe komórki nabłonkowe mają kształt płaski, bardziéj ku środkowi położone, znacznie są większe, a formy nieprawidłowéj lub okrągłéj. Próżni w utworach gruczołowych wcale nie znajdujemy, komórki zaś, z których się składają, najzupełniéj przypominają komórki gruczołów łojowych, jakkolwiek łoju nie zawierały. Tak więc w danym przypadku mieliśmy gruczolak gruczołów łojowych, który zajął nietylko warstwę mięśnia okrężnego, lecz posunął się głębiéj jeszcze, gdyż torebka jego była zrośniętą z ochrzęstną chrząstki powieki.

4) Kaszak dolnéj powieki. M. W. 25 letnia. Obie gałki, spojówka i trzy powieki zupełnie prawidłowe. Na dolnéj lewéj powiece o 0·5 ctm. ku zewnątrz od punkcika łzowego znajduje się blady guz, trochę mniejszy od grochu, dość twardy. Chora utrzymuje, że guz powstawał stopniowo w ciągu dwóch lat. Jest on zrośnięty ze skórą i nie jest wraz z nią przesuwalny; przy odwróceniu powieki, na wewnętrznéj jéj powierzchni spostrzegamy blade miejsce w rodzaju tego, jakie napotykamy przy jęczmykach stwardniałych. Wszakże przy wycinaniu guza przekonałem się, że nie był on wcale zrośnięty ze spojówką. Badanie drobnowidowe wykazało: skóra guz pokrywająca znacznie zgrubiała, któratо zgrubiałość dotyczy zarówno naskórka, jakoteż warstwy właściwéj skóry; włosków mchu wcale u niéj nie znajdujemy, również gruczołów potowych. Bliżéj obwodowych części widzimy dwa wyrostki skóry, które kierują się w głąb i otaczają mniéj lub więcéj trzecią część obwodu torbiela. Spostrzegamy więc w tych miejscach zdwojenie skóry; wyrostki jéj dodatkowe co prawda znacznie są cieńsze. Woreczek tworzący torbiel stanowi bezpośredni ciąg dalszy warstwy właściwéj skóry. Pomiędzy wyrostkami a właściwą skórą pozostają na cięciach przestrzenie trójkątne, wypełnione przez tkankę łączną i nieliczne naczynia krwionośne, spostrzegamy tu również, na niewielu co prawda cięciach, bardzo znacznie rozwinięte gruczoły łojowe, których obecność tembardziéj zasługuje na uwagę, że włosków mchu wcale nie znaleźliśmy. Ściana kaszaka ma grubości prawie 1 mm. składa się ze zbitéj tkanki łącznéj, bardzo nieliczne komórki zawierającéj, wewnętrzną jéj powierzchnię wyściela dwuwarstwowy płaski nabłonek; zawartość w niczem się nie różni od zawartości pospolitego kaszaka. (Dok. nast.)

IV. O liszaju żrącym *(Lupus vulgaris).*

Podał

Dr. Antoni Krokiewicz,

były asystent przy kat. anat. pat. Uniw. Jag.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 27.)

W tych 14 przypadkach materyjał uzyskany przeszczepiałem na 23 królików i na jedną świnkę morską. Do przeszczepiań używałem dlatego królików, iż one są znacznie odporniejsze przeciwko gruźlicy, aniżeli świnki morskie; w ten bowiem sposób odpada wszelki zarzut możliwego zakażenia od zewnątrz. Z tych pięć zginęło na ostrą *peritonitis;* pozostało zatem 18, a względnie 19 zwierząt żyjących. Na 19 zwierząt u 4 po przeszczepieniu szczątków liszaja żrącego można było wywołać gruźlicę, t. j. w 21·05%; odnosząc zaś do ilości chorych, z których otrzymywałem szczupły materyjał do przeszczepiania, to w 28·5%, t. j. na 100 chorych dotkniętych procesem liszaja żrącego mogłem stwierdzić drogą eksperymentalną pośród tegoż utkania patologicznego w 28·5 przypadkach charakter gruźliczy.

Czas, w jakim gruźlica występowała u zwierzęcia po przeszczepieniu, był różny. W przypadku Nr. 1 gruźlica u świnki morskiéj pojawiła się po 5 tygodniach; w przypadku Nr. 2 u królika po 4 miesiącach; w przypadku Nr. 7-ym u królika po roku, a w przypadku Nr. 11 po upływie 4-ech miesięcy. Zmiany gruźlicze nie okazywały znaczniejszego nasilenia; najdawniejsze znajdowały się w zakresie gruczołów krezkowych i objawiały się obecnością sera patologicznego; w innych narządach okazywały charakter zmian świeżych, więcéj prosówkowych. Pośród ognisk rozmiękających liczba prątków była bardzo skąpa lub ich wykazać nie można było. I tak w przypadku Nr. 7-ym na 30 preparatów zaledwie w jednym znajdowały się 2 prątki, podczas gdy w przypadku 11 takowych wcale na 50 preparatów wyśledzić nie można było, choć pośród ognisk świeżych w wątrobie ilość ich była znaczną. Pośród ognisk świeżych miejscami prątki były obfite, jak w przypadku Nr. 2.

Przeszczepiania szczątków utkania w liszaju żrącym do przodkowéj komórki gałki ocznéj i na wewnętrzną powierzchnię ucha nie doprowadzały do celu; gałka oczna uległa zanikowi skutkiem zropienia, a na uchu po 10 dniach wszelki ślad zanikał.

Wogóle z doświadczeń moich wynika, iż proces liszaja żrącego wywołany jest obecnością tego samego jadu co i proces gruźliczy; jad ten tylko bardzo skąpo jest rozłożony pośród utkania liszaja żrącego; siła jego mniejsza.

III.

Stósunek liszaja żrącego do gruźlicy.

Wielu klinicystów, a poniekąd i anatomów patologicznych zaprzecza, aby istniał jakikolwiek związek pomiędzy liszajem żrącym a gruźlicą. Dość wspomnieć o Vidalu, Kaposim, Schwimmerze i t. d. z jednéj strony, a Virchowie i Baumgartenie z drugiéj strony. Klinicyści, jak to nadmienia Besnier [1]), który sam mówiąc nawiasem oświadcza się za przyrodą gruźliczą liszaja żrącego, opierają swe twierdzenie na tem, iż

1) inne jest wejrzenie liszaja żrącego, a inne gruźlicy skóry,

2) związek między liszajem żrącym a gruźlicą innych narządów, zwłaszcza płuc, nie jest dokładnie wyświecony,

3) wyniki badania histologicznego i doświadczalnego nie są jednakie, zgodne. Vidal [2]), Bazin, Jarisch, Kaposi, Colomiatti [3]) nie identyfikują gruźlicy skóry z liszajem żrącym ze względu na przebieg kliniczny długotrwały. Campbell [4]) zaś dlatego, że bardzo rzadko do liszaja żrącego pomimo długiego bardzo trwania takowego dołącza się w następstwie gruźlica płuc.

Gamberini [5]) stanowczo sprzeciwia się identyfikowaniu liszaja żrącego z gruźlicą skóry. Według niego 1) obecność prątków gruźliczych w liszaju żrącym niczego nie dowodzi, boć tu ich jest bardzo mało, podczas gdy w gruźlicy skóry ilość ich jest znaczna; 2) doświadczenia na zwierzętach nie mogą mieć analogii u człowieka; 3) liszaj żrący przeszczepiony na królika wywołuje gruźlicę ogólną, a nie liszaj żrący; co świadczy, iż tamże przypadkowo przy przeszczepianiu dostał się prątek gruźliczy.

Do obozu przeciwników identyfikowania liszaja żrącego z gruźlicą skóry należy i Baumgarten. Według niego różnica pomiędzy obydwoma temi procesami polega głównie na tem, że 1) w liszaju żrącym nigdy nie przychodzi do zserowacenia, lecz owszem tkanka liszaja żrącego okazuje zawsze zdolność i skłonność do zabliźniania się, podczas gdy w gruźlicy zawsze wytwarza się zserowacenie; 2) *lupus* częstokroć bezpośrednio ropieje, nigdy zaś gruźlica. Ta kwestyja zserowacenia odgrywa według Baumgartena tak ważną rolę w odróżnianiu obydwóch procesów patologicznych, iż według niego nie można nigdy mówić o liszaju żrącym, skoro przychodzi na skórze do wytwarzania się ognisk serowatych; zapatrywanie, na które Thoma i Volkmann bezwzględnie się nie zgadzają. Baumgarten opiera swe zapatrywanie na ujemnych wynikach przeszczepienia szczątków liszaja żrącego, ze względu na wywołanie pośród zwierząt gruźlicy, dokonywane przez Cohnheima. Według Baumgartena komórki olbrzymie nie cechują procesu gruźliczego, boć je i sztucznie udało się wytworzyć przez wkładanie ciał obcych do jamy otrzewnowéj.

Schwimmer [1]) w ostatnich czasach również zaznaczył ostrą granicę pomiędzy liszajem żrącym, a gruźlicą skóry a to:

1) Gruźlica skóry występuje bardzo rzadko, liszaj zaś żrący bardzo często (5:90). Rozwój i przebieg liszaja żrącego jest zupełnie inny jak gruźlicy skórnéj. W gruźlicy skórnéj przychodzi do szybkiego rozpadu nacieku, liszaj zaś żrący charakteryzuje się powolnym przebiegiem, nieraz kilkuletnim bez rozpadu pojedynczych guzków.

2) Gruźlica skóry pojawia się w następstwie gruźlicy błon śluzowych; przeciwnie liszaj żrący, który najpierw występuje na skórze, a potem dopiero przenosi się na błony śluzowe. Według niego na 100 przypadków gruźlicy skóry w 98% pierwotnie zajęta jest błona śluzowa, a w 2% nie. Schwimmer też uważa przypadki przez Vidala (*Scrophulose u. Tuberculose*, S. A. 1881) i Hanota (*Prager med. Wochensch.* 51—52) opisane, gdzie w pierwszym przypadku zmiany pierwotne gruźlicze na skórze klatki piersiowéj, a w drugim w okolicy stawu nadgarstkowego się lokalizowały, za rzadkość. Wrzody gruźlicze nigdy nie zabliźniają się, a liszaja żrącego zawsze.

3) Rozmaity wpływ liszaja żrącego i gruźlicy skóry na ustrój. Liszaj żrący występuje jako cierpienie lokalne skóry, a nie choroba konstytucyjonalna, a nawet trudno odpowiedzieć stanowczo na podstawie dokonanych przeszczepień, czy liszaj żrący może wywołać gruźlicę. Gruźlica zaś skóry i błon śluzowych jest zawsze wyrazem cierpienia konstytucyjonalnego, dołącza się zawsze do zarodków gruźlicy, lub jest następstwem, mającego się następowo rozwinąć ogólnego schorzenia. Do liszaja żrącego może następowo dołączyć się gruźlica organów wewnętrznych, lecz trudno twierdzić, aby liszaj żrący następowo jako taki mógł wywołać gruźlicę.

4) Inny jest stosunek liczbowy prątków w liszaju żrącym, a w gruźlicy. Prątki w trądzie i gruźlicy są te same (?!) a jednak procesy chorobowe odmienne, nie te same. Inokulacyja nie ma znaczenia, bo przez liszaj żrący nikt nie wywołał liszaja żrącego, jak i nikt przez zaszczepienie tkanki gruźliczéj nie wywołał liszaja żrącego.

Wszelkie powyżéj przytoczone zarzuty, które rozdzielają

---

[1]) *Lupus u. seine Behandlung. Vierteljsch. f. Syph. u. Derm.* r. 1885 p. 336. — [2]) Leloir. *Ueber die Natur des Lupus vulgaris, Viertljahrsch. f. Syphil. u. Dermat.*, p. 303, r. 1884. — [3]) *Centralblatt f. d. med. Wochsch.*, 1876. — [4]) Dr. Campbell u. Dr. A. Harries. *Lupus, eine pathologisch anatomische Untersuchung, seine Aetiologie, Entwickelung u. Behandlung. Monatshefte f. pract. Derm.*, p. 433, r. 1888. — [5]) *Ist der Lupus eine Form der Tuberculose? Vierteljahrsch. f. Syph. u. Derm.* p. 607, r 1885.

[1]) *Tuberculose der Haut und Schleimhäute, nach einem Vortrage, gehalten auf der Naturforscher-Versammlung in Berlin. Vierteljahrsch. f. Syph. u. Derm.*, Nr. 31, r. 1887.

pojęcie liszaja żrącego i gruźlicy skóry od siebie, nie mogą zdaniem mojem przy dzisiejszym stanie nauki wytrzymać krytyki. Przemawiają za tem z jednéj strony budowa histologiczna, z drugiéj strony wynik doświadczeń na zwierzętach i obecność prątków w utkaniu liszaja żrącego. Już sama budowa utkania liszaja żrącego zbliżona jest bardzo do tak zwanego przyblonkowatego gruzełka gruźliczego według pojęcia Langhansa, Schüppela i Baumgartena, a utkanie liszaja żrącego od gruźlicy typowéj właściwie tylko różni się, jakto badania Baumgartena, a wreszcie i moje wykazały, obfitością naczyń krwionośnych świeżo wytworzonych czyli nadmiernem unaczynieniem. Pośród utkania liszaja żrącego znajdują się również i prątki, zachowujące się tak samo jak prątki gruźlicze ze względu na postać, własności barwienia i hodowle; są one tylko bardzo skąpe tak, iż trzeba znaczną liczbę preparatów przepatrzeć, aby w nich jeden lub dwa prątki odnaleźć. Okoliczność ta zupełnie jest nam w stanie wytłumaczyć to znaczne unaczynienie i brak ognisk serowatych pośród utkania liszaja żrącego; pozostaje to bowiem w ścisłym związku z ilością jadu. Jad bowiem gruźlicy, w odpowiedniéj sile zadziaławszy, nietylko zadrażni komórki tkanki łącznéj preegsystującéj i pobudzi je do proliferacyi, bujania, ale szerząc się drogą naczyń działa i na ściany takowych i wywołuje pośród nich obliteracyję, zarośnięcie. Dzięki téj obliteracyi przychodzi w nacieku gruźliczym do obumarcia, do nekrozy koagulacyjnéj. W liszaju żrącym wpływ prątka gruźliczego za mało doraźny, aby mógł wywołać nekrozę koagulacyjną; ta skąpa ilość prątków zaledwie zdoła podrażnić komórki tkanki łącznéj, zadziałać poniekąd i na ściany naczyń, ale obliteracyi ich wywołać nie zdoła. Co najwięcéj obecność prątka pośród komórki, a raczéj tworu olbrzymiego, wywołuje tamże częściową koagulacyję pierwoszcza.

I dodatnie wyniki przeszczepienia szczątków utkania liszaja żrącego na zwierzęta ze względu na wywołanie pośród nich gruźlicy przemawiają za przyrodą gruźliczą takowego.

W przypadkach ujemnych, wobec skąpego rozmieszczenia prątków pośród utkania liszaja żrącego, należy przypuścić z wszelkiem prawdopodobieństwem, że w cząstce do przeszczepienia zużytéj właśnie takowych nie było. Dowodzi tego pomiędzy innemi i mój przypadek Nr. 2, gdzie cząstka jedna przeszczepiona na królika wywołała pośród niego gruźlicę po 4 miesiącach, podczas gdy dwie inne przeszczepione na inne dwa króliki dały wynik ujemny w doświadczeniu, jak i Nr. 8, gdzie w preparatach można było wykazać prątek, a dwa doświadczenia z tym samym materyjałem uskutecznione wypadały ujemnie. Podobne wyniki otrzymał i Cornil [1]) i Leloir, którzy po przeszczepieniu szczątków liszaja żrącego, pomimo, iż pośród nich prątków wykazać nie mogli, wywołali u zwierząt w dwóch szeregach gruźlicę.

(Dokończenie nastąpi).

V. Z kliniki chirurgicznéj prof. Rydygiera w Krakowie.

Nowe wskazanie do operacyi Wladimirowa-Mikulicza i kilka przypadków operowanych tą metodą.

Podał
Dr. Gabryszewski,
II. asystent tejże kliniki.

(Dok. Patrz Nr. 27).

Przypuszczać należy, że u Sordiny powodem zgorzeli było nacięcie tętnicy, o którem albo nie wspomniał, albo go nie zauważył; faktem zaś jest niezaprzeczonym, że we wszystkich przypadkach odżywienie stopy jest zupełnie dobre, krążenie zwykle rychło się wyrównywa, a mimo przecięcia *nervi tibialis* nigdy zmian troficznych nie zauważono. Nawet czucie pozostaje prawidłowem, lub tylko w małym stopniu upośledzonem, co stwierdziłem w naszych ostatnich przypadkach, gdzie tylko raz zauważyłem lekkie znieczulenie po zewnętrznéj stronie podeszwy stopy. Zgadza się to zupełnie z doświadczeniami Bauerhahna, który nie widział żadnych zaburzeń nerwowych na stopie (następowo amputowanéj) mimo, że z przecięcia *n. tibialis*, ani *nervus plantaris externus*, ani *internus* się nie zrósł. Zdaje się, że tu rozgałęzienie pozostałych nerwów obejmuje zastępczo czynność za nerwy przecięte, podobnie jak *arteria dorsalis pedis* obejmuje całe krążenie w stopie; wobec tego zalecone przez Rosera zszywanie przeciętych nerwów jest niepotrzebne i zbyteczne, bo utrudnia bez celu i przedłuża operacyję. Rozległe obumarcie skóry podeszwy w przypadku siódmym odnieść należy już to do ropienia, już to do odgniecenia wywołanego długo leżącym i stwardniałym opatrunkiem. Na okoliczność ostatnią warto zwrócić nawiasowo uwagę, bo podobne przypadki od czasu zakładania stałych opatrunków po resekcyjach kilkakrotnie nam się wydarzały i wywołały następowo modyfikacyję takiego postępowania. Po zrobieniu n. p. resekcyi kolana i zeszyciu rany zakładał się opatrunek, który leżał sześć tygodni, poczem zdejmowało się go, nakładało po krótkim czasie tutor i chory wychodził z kliniki. Prawda, że jest to postępowanie bardzo proste i racyjonalne, ale pomijając, że na kolanie daleko łatwiéj i nogę ustalić i dobry opatrunek założyć, mimo tego mieliśmy przypadki na mniejszéj lub większéj przestrzeni nekrozy płatu skórnego, skutkiem odgniecenia przez krwią nasiąkniętą i zeschniętą warstwę opatrującéj gazy i waty, która jak żelazna obręcz opasywała resekowane kolano.

Dziś zdejmujemy po tygodniu opatrunek, stwierdzamy primę, wyjmujemy szwy (jeśli były jedwabne), a następnie założony opatrunek może leżeć bez szkody przez czas dowolny.

Co do tętnicy, to ta ulega wprawdzie zagięciu i skręceniu, szczególnie przy mocno wypukłym mostku przednim skóry, jak to na swych następowo amputowanych stopach wykazał Bauerhahn, ale spełnia swe zadanie odżywienia stopy bez zarzutu zazwyczaj.

Wobec takiego przeświadczenia śmiało wykonywać można resekcyję osteoplastyczną, bez obawy przed obumarciem stopy.

Wiadomo również, że nikt dotąd skutkiem operacyi bezpośrednio po niéj nie utracił życia, zato padły dwa przypadki następowo jako ofiary gruźlicy. Przed takiem rozwiązaniem nie ochroni zarówno Wladimirow-Mikulicz, jak żadna inna resekcyja, skutkiem czego sam Mikulicz postawił ogólną gruźlicę jako przeciwwskazanie dla swéj operacyi. My nie mając w naszych przypadkach nawrotu miejscowéj gruźlicy, nie utraciliśmy też nikogo na ogólną.

Gdyśmy jednak doszli do nieco więcéj oddalonych, pośrednich rezultatów danéj operacyi, należy się nam zastanowić nad ostatecznemi wynikami funkcyjonalnemi operacyi Wladimirowa-Mikulicza. Nad zaletami żywego szczudła unosił się już w pierwszéj swéj pracy Fischer, podnosząc przedewszystkiem wielką przestrzeń oparcia i elastyczności podpory. Zesas nazwał wyniki funkcyjonalne po resekcyi stopy doskonałemi (*die erfreulichsten funktionellen Resultate*), również wyraża się o nich Bauerhahn z entuzyjazmem,

[1]) *Berlin. klin. Wochsch.*, Nr. 19, r. 1883.

o czem wreszcie już poprzednio wspomnieliśmy, wreszcie podobnego zdania jest i Butz; sama zresztą statystyka daje o tem najlepsze pojęcie.

Butz zestawia i dzieli w ten sposób wyniki po operacyi Wladimirowa-Mikulicza z powodu *caries pedis* wykonanéj:

Na 26 przypadków operowanych miało 11 dobry wynik (chodzić mogli bez protezy), 7 wynik wystarczający (chodzili z protezą), reszta przypada na wspomniane już recydywy z następową amputacyją itp.

Słusznie przytem podnosi Butz, że ci wszyscy, którzy swe żywe szczudło z pewnością wyżéj cenią, niż najlepszą protezę, byliby bez téj operacyi skazani na amputacyję podudzia.

Co do ostatecznych wyników funkcyjonalnych naszych operowanych starałem się zebrać ile możności dokładne wiadomości i prócz jednego mam je o wszystkich. Udowodniłem je w podanych historyjach chorób. Wynik był wszędzie dobry — ale wszędzie prawie chód bez protezy był nieco utrudnionym. Tak świetnym wynikiem, jak miał Lauenstein (murarz który po operacyi chodził bez protezy po drabinie jak dawniej), prócz chyba w pierwszym przypadku nie możemy się poszczycić, ale prawie wszyscy nasi chorzy chodzili dobrze, choć lepiéj i chętniej chodzili w odpowiednim trzewiku. Wyniki zatem funkcyjonalne były i w naszych przypadkach zupełnie zadawalniające

Przy tej sposobności wypada mi wspomnieć o rzeczy, przy której rozminęły się zapatrywania niektórych autorów, a na którą większość nie zwróciła uwagi. Bauerhahn w swej pracy bardzo starannie przyznać trzeba obrobionej, wspomina, że ruchomość w stawie Lisfranka, jaka się następowo chętnie wytwarza, upośledza chód, a pewna stałość, niepodatność tego stawu uważa za niezbędny warunek dobrego chodzenia. Fischer natomiast nazywa to mądrem urządzeniem natury, że w razie ankilozy jednego stawu drugi obejmuje za niego funkcyję, że wobec stałego zrostu resekowanego stawu skokowego wyrabia się większa ruchomość w stawie Lisfranka, co nadaje nodze pewną elastyczność i korzystnie wpływa na chód. Takie zdanie wygłasza także Butz. Nie mogłem stwierdzić na pewno zwiększonej ruchomości stawu Lisfranka w naszem 1 przypadku, gdzie chód był przecie doskonały, sądzę jednakże, że, o ile pewna ruchomość w tym stawie może się przyczynić do wydoskonalenia chodu chorego, to zbytnia ruchomość może go i upośledzić. Toteż u dzieci zdaje mi się lepiej by było starać się przez dłuższy czas staw ten raczej ochraniać niż go nadużywać i nadmiernie rozruszać.

Zresztą zrost kostny w resekowanéj przestrzeni nie jest zawsze tak stałym i pewnym. Już Haberern uważał za stosowne celem dokładniejszego połączenia i ustalenia kości zalecić szew kostny. Sklifassowski i Fischer zastosowali go, chociaż ten ostatni uważa szew kostny za zbędny, przyznając jednak, że może się on przyczynić do rychlejszego zrośnięcia przez lepsze ustalenie przystosowanych kości. Sklifassowski użył jedwabiu, Fischer katgutu; w naszych przypadkach użyto szwu kostnego dwa razy i to raz katgutu chromowego, raz zwykłego, szczególniéjszéj jednak korzyści nie zauważyliśmy. Najważniejszym warunkiem rychłego zrostu kości jest dokładne przystosowanie odłamków, ale to można osiągnąć bez szwu kostnego przez założenie dobrego opatrunku szynowego i ustawienie reszty stopy dokładnie w przedłużeniu podudzia, na co już Mikulicz zwraca uwagę. Gdy nie ma się odpowiedniéj wprawy i pomocy, szew kostny należy uważać za pomocny. Mimo jednak dobrze założonéj szyny i szwu kostnego czasem zrost kostny między nadstopiem a kośćmi podudzia nie konsoliduje się odpowiednio, a przynajmniéj kostnienie postępuje bardzo wolno. Tak się rzecz miała w przypadku Niehansa, który założył choremu opatrunek ustalający ze szkła wodnego i polecił mu chodzić, aby przez drażnienie wywołać zrost. Lauenstein radzi jeszcze na opatrunek antyseptyczny zakładać gips (to samo skłoniło Haberern'a, że zalecał szew kostny), Bauerhahn wreszcie (opisując również podobny przypadek leniwego zrostu kostnego operowany przez Rosego) zaleca o ile możności odpiłowywać kości podudzia tam jeszcze, gdzie one są z sobą w związku, przez co rozporządza się przestrzenią i większą i jedną, zdanie, które wypowiedział już przedtem Lauenstein. W naszych przypadkach zrost kostny wytwarzał się prawie wszędzie normalnie, była wprawdzie czasem dążność do zboczeń stopy od osi podudzia, ale to się zwykle dało przez odpowiednio założoną szynę lub opatrunek gipsowy usunąć. Zwykle dość wczas pozwalało się chorym w szynie lub gipsie chodzić, co sądzę bardzo dobrze wpływało na rychłe i dzielne skonsolidowanie kostniny. Nasz przypadek siódmy poucza nas jednak, jak długo jeszcze zrost ten na pozór stały i silny jest niepewnym, tu bowiem już silniejsze oparcie się przy potknięciu na operowanéj nodze wywołało zupełne przełamanie w miejscu zrośnięcia stopy i podudzia.

Prawda, że w przypadku tym rana nie zgoiła się przez rychłozrost, lecz była na stopie rozległa blizna; w każdym razie świadczy to wymownie o nietrwałości kostnego zrostu jeszcze po sześciu miesiącach. Zdaje nam się, że po wygojeniu rany opatrunek gipsowy celem stawiania pierwszych kroków i zaleceniu chodzenia najdzielniéj poprze sprawę skonsolidowania zrostu kostnego, a przestrzeganie, aby chory dłuższy czas chodził tylko w ustalającym trzewiku, zabezpieczy przed podobnemi przypadkami, które w bardzo przykry sposób wikłają leczenie.

Co do szwu płytkowego, to okazał się on zbytecznym. Już w pierwszym przez Mikulicza ogłoszonym przypadku złączony mostek po wyjęciu szwów miał dążność do rozwinięcia się, to też Lauenstein, a potem Roser i Fischer porzucili go, a i w naszych pięciu ostatnich przypadkach już go nie użyto, oczywista przy resekcyi osteoplastycznéj celem przedłużenia kończyny, gdzie mostek przedni skóry raczéj napina się, niż fałduje, nie ma o nim mowy. Przecięcie ścięgien fleksorów także zwykle jest zbędnem; wprawdzie Rose twierdzi, że czasem bez tenotomii zredresowanie palców jest niemożebne, ale w takim przypadku pomijając, że należy on do rzadkości, można zredresowanie palców przeprowadzić zwolna na kilka zawodów. Butz radzi zasadniczo tak postępować, przez co uniknie się tak nieprzyjemnego doświadczenia, jakie miał Fenger, któremu przy gwałtownem redresowaniu palców stopy złamał się u chorego halux i pękła blizna na podeszwie. Szczęśliwym zbiegiem okoliczności w podanych dziewięciu przypadkach mimo, że redresowano zawsze odrazu, z takim oporem, któryby w podobnie energiczny sposób przezwyciężać trzeba, nie spotkano się nigdy.

Literatura: Mikulicz: Eine neue osteopl. Resectionsmethode am Fusse. Archiv f. klin. Chirurgie 1881. II. zeszyt. (j. w.). — Mikulicz: Centralblatt f. Chirurgie 1884. — Lauenstein: Centralblatt f. Chir. 1884 I. — Schattauer: Centralblatt f. Chirurgie 1885. — Reussen: Centralblatt f. Chirurgie 1885. — Haberern: Verhandl. der deutschen Gesellschaft f. Chir. 1184. — G. Fischer: Zur osteopl. Resection des Fusses nach Wlad.-Mikulicz. Dentsche Zeitschrift f. Chir. 1885. I i II zeszyt (j. w.). — J. Mikulicz: Zur Prio-

ritätsfrage der osteopl. Resection am Fusse. Archiv f. klin. Chirurgie 1886. I zeszyt (j. w.). — Sordina: Centralblatt f. Chirurgie 1886, 3. — Zesas: Zur Casuistik der osteopl. Fussresection nach Wlad.-Mikulicz Archiv f. klin. Chir. 1886. III zeszyt. — Bauerhahn: Beiträge z. Würdigung d. Resectio pedis osteopl. n. Wladimir.-Mikulicz. Deutsche Zeitschrift f. Chir. 1888. 5 i 6 zeszyt. — Fischer: Deutsche Zeitschrift f. Chirur. 1889. 5 i 6 zeszyt str. 606. — Butz: Centralblatt f. Chirurgie 1889, Nr. 15.

VI. Oceny i sprawozdania.

Therapeutisches Handlexicon für Aerzte und Studirende *von* Dr. Th. Zerner jun. *Durchgesehen u. m. einem Vorworte einbegleitet von* Dr. H. Paschkis, Docent a. d. Wien. Univ. Wien 1890, M. Perles, in 8-vo VII i 456 str.

Można spierać się pod względem użyteczności podręczników leczniczych, przyznaje to w przedmowie doc. Paschkis, ale nie ulega zaprzeczeniu, że one są pożądane dla praktyków, skoro tak często się ukazują i pokup znajdują. Podręcznik Zernera zaleca się już świeżością swoją, a chociaż od poprzedników swoich nie wyróżnia się układem przyjętym abecadłowym według poszczególnych chorób, to ma jednak tę zaletę, że uwzględnia wszystkie nowsze sposoby leczenia, jak elektrycznością, masażem, hydroterapiją, hypnozą i dyjetetyką, a liczne (343) artykuły zaopatrzone są 2677 formułkami recept po największéj części prostych i krótkich, opatrzonych cyframi bieżącemi tak, że nie zachodzi potrzeba powtarzania się, bo wystarcza odsyłanie do odnośnéj cyfry. Niektóre artykuły jak np. o leczeniu ran, są wcale wyczerpujące, choć krótkie, a w końcu umieszczono dwa dodatki, a mianowicie „przepisy dyjetetyczne“ i „dawki maksymalne“ według 7-go wydania farmakopei austr. Jeżeli jeszcze dodamy, że pomimo abecadłowego układu książka opatrzona jest nadto w podwójny rejestr: chorób i leków, ułatwiający pogląd i odszukanie przedmiotu, to przyznać należy, że autor wywiązał się należycie z zadania swego i że książka jego, któréj cena jest wcale przystępną (3 złr. 20 ct.), a która i pod względem zewnętrznym odpowiada wszelkim wymogom i czyni zaszczyt nakładcy p. Perlesowi, u lekarzy praktycznych znajdzie zasłużone uznanie. *L. B.*

Fizyjologija.

Dr. Kromayer (Halla): **Dlaczego nasza skóra jest białą?**

Dotychczasowa odpowiedź na to pytanie brzmiała: Komórki przyskórka nie posiadają barwika. Jest tu jednak odpowiedź negatywna, a zatem nie wystarczająca, bo dlaczego wargi są czerwone, a skóra z niemi sąsiadująca białą? Tłomaczenie Unny brzmi: przyskórek warg nie posiada *stratum granulosum*, którego komórki promienie światła silnie odbijają. *Stratum granulosum* jest jak wiadomo pierwszą warstwą *rete Malpighi*. Teoretycznego tego tłomaczenia Unny do dziś dnia nikt nie odważył się naruszyć. Czyni to obecnie Kromayer. Badanie mikroskopowe nie stwierdza zdania Unny, przeciwnie wykazuje, że komórki *stratum granulosum* światła nie tylko nie odbijają, ale je nawet znakomicie przepuszczają, a zatem że są przeźroczyste. *Condylomata accuminata* i *naevi vasculosi* posiadają nawet grubą warstwę ziarninową, a mimo to są barwy czerwonéj. To drugi dowód zbijający twierdzenie Unny. Skóra zatem nasza jest tak samo przeźroczystą, jak błona śluzowa warg. Przyskórek a raczéj przybłonek warg jest więcéj jednostajnie w cienkiéj warstwie ułożony, prócz tego warstwa brodawkowa jest na wargach w krew więcéj obfitą, aniżeli ta sama warstwa w zwykłéj naszéj skórze i dlatego warstwa ta czerwona przez gładszy i cienki przybłonek czerwono prześwieca. Przyskórek zwykłéj skóry jest więcéj blaszkowato ułożony i gruby, dlatego wygląda jak szkło matowe, a warstwa brodawkowa jest skąpą w krew. Tło więc pod przyskórkiem jest blado różowe, dlatego skóra wydaje się białą. Ale i warstwa brodawkowa jest przeźroczystą, a zaraz pod nią jest warstwa tłuszczu. Komórki tłuszczowe, jak wiadomo, silnie promienie światła częściowo załamują, częściowo odbijają. Tłuszcz więc także bardzo wiele przyczynia się do białości skóry. Im osoba tłuściejsza, tem ma bielszą skórę. Dlatego kobiety bielsze od mężczyzn, dlatego też i pulchna ich pierś, jak chcą poeci, „alabastrowa“ jest białości.“ (*Deut. med. Woch.* 1890, Nr. 25).

Farmakologija.

Dr. Artur Loebl (Wiedeń-Dorna): **Sól i ług borowinowy Mattoniego i kąpiele borowinowe mineralne.**

Nie małą jest to zasługą Mattoniego, iż wpadł na pomysł wyrabiania swoich przetworów borowinowych; umożliwił on bowiem leczenie borowiną i w miesiącach zimniejszych, a tem samem przedłużył sposób leczenia, który tylko wśród tak krótkiego letniego sezonu można było przeprowadzać. Borowina stała się także przystępnym lekiem dla mniéj zamożnych lub takich, którym zatrudnienie nie pozwala spędzać kilku tygodni w miejscowościach kąpielowych.

Wielu chemików, a między innymi i Ludwig, stwierdzili rozbiorem chemicznym znakomitą ilość składników skutecznych w borowinie Mattoniego zawartych, mimo to jednak niektórzy specyjalni lekarze kąpielowi nie oceniają należycie kąpieli z niéj przyrządzonéj, stawiając ją znacznie niżéj od naturalnéj. Twierdzą bowiem, że brak saméj ziemi obniża ciśnienie na powierzchnię ciała wywierane, jako też zmienia warunki termiczne kąpieli. Heitzmann polecił wsypywanie do wanny zwykłéj czarnéj ziemi i tym sposobem kwestyję rozstrzygnął, mimo to autor przedsięwziął szereg doświadczeń na kilku chorych, stosując po porządku kąpiele borowinowe mineralne i kąpiele z ługu i soli Mattoniego przyrządzone, a wyniki ogłasza w swéj obszernéj z całą ścisłością napisanéj pracy.

Mechaniczne, termiczne i chemiczne wpływy każdéj kąpieli mineralnéj działają w pierwszéj linii na skórę, a mianowicie zakończenia nerwów w niéj umieszczonych. Zadrażnienie to drogą odruchu wpływa na akcyję serca, a zatem na całe krążenie zmieniając jego szybkość, jako też wpływając na parcie ościenne w naczyniach. Dlatego autor w swych doświadczeniach szczególniéjszą zwraca uwagę na serce i tętno, a parcie mierzy sfigmomanometrem Bascha. Ażeby otrzymać wyniki jak najściślejsze, każe chorym odpoczywać przed i po kąpieli.

Kąpiele przyrządzane z ługu i soli borowinowéj Mattoniego obniżały już po kilku kąpielach parcie ościenne o 10 do 20 Mm Hg, przyczem tętno także zwalniało. Obniżenie parcia ościennego wytłomaczyć sobie musimy przekrwieniem skóry, po kąpieli występującem. Naczynia włosowate skórne rozszerzając się więcéj przyjmują krew, skutkiem czego w tętnicach ilość jéj zmniejsza się. Po mineralnéj zwykłéj kąpieli borowinowéj nie mógł autor skonstatować tych samych wyników, owszem znalazł pewną tendencyję do powiększania się tak parcia, jak i ilości uderzeń tętna. W jednym przypadku niedomykalności zastawki dwukończystéj kąpiel z ługu przygotowana parcie podwyższyła, ale ilość tętna mimo to obniżyła, co jest dowodem jędrniejszéj akcyi serca. Kąpiel więc tu wpływała skrzepiająco na mięsień sercowy. Znaczny wpływ, jaki kąpiele te wywierają na ogólne stosunki krążenia, tłomaczy nam znakomitą ich siłę resorbcyjną. Wszelkiego rodzaju więc wysięki i pozostałości pozapalne nadają się też w pierwszéj linii do leczenia borowinowego. W dalszym ciągu zbija autor uczyniony zarzut, jakoby kąpiel naturalna borowinowa przez swą zbitość wywierała taki sam wpływ, jak mięsienie. Najpierw różnica ciśnienia kąpieli sztucznéj i naturalnéj jest bardzo małą, powtóre nie można jéj żadną miarą porównywać z mięsieniem. Ciśnienie w kąpieli borowinowéj mineralnéj jest jednostajne i niezmienne, gdy tymczasem przy mięsieniu mamy ciśnienia jedno po drugiem szybko postępujące, w pewnym kierunku idące i zwolnieniami przeplatane. W ten przecie tylko sposób mięsienie przyczynia się do prędszego krążenia limfy. W kąpielach Mattoniego sole wszystkie dokładnie w wodzie zostają rozpuszczone, a zatem i silniejsze będzie ich działanie, niż w naturalnych, bo w miazdze ziemnéj sole rozpuszczają się trudniéj i dłuższego na to potrzebują czasu. Z doświadczeń więc Dra L. przekonywamy się dostatecznie, iż ług i sól Mattoniego w kąpielach używane nie tylko dorównywają kąpielom naturalnym, ale często je nawet w działaniu przewyższają. (Odbitka z *Wien. med. Presse* 1890). *Dr. Mendelsburg.*

Chirurgija.

E. Bergmann: O gruźlicy w stawie między kręgiem pierwszym a potylicą.

(Dok. Patrz Nr. 27).

Przy powolnie powstających zaciśnieniach światła kanału kręgowego a nawet nagłych, przy urazach, mamy pewne podobieństwo, bo i tu i tam możemy nie mieć zmiażdżenia, mimo dających się wykazać porażeń, bo i tu i tam możemy mieć porażenia ze zmianami i bez zmian anatomicznych. Jak sobie to właściwie tłomaczyć, że mimo braku jakichkolwiek zmian anatomicznych porażenne objawy istnieć mogą? Ollivier i Louis tłumaczyli to jako sprawę często mechaniczną a więc uciskową, a w ślad za nimi szedł cały zastęp chirurgów, którzy sądzili, że jedynym środkiem leczniczym w malum Potti może być otwarcie kanału kręgowego, aby uwolnić rdzeń z pod ucisku. Charcot a za nim Michaud uważają to za zapalenie rdzenia, nie wiadomo jednak, czy zapalenie wywołane zostało przez ucisk, czy odwrotnie. Nader pouczający przypadek podaje prof. Adamkiewicz, gdzie nowotwór zajmował prawie połowę objętości rdzenia, nie dając za życia żadnych objawów. Drobnowidowe badanie wykazało, że włókna osiowe są cieńsze tylko, a nie można dostrzedz w nich żadnego zwyrodnienia, ścieśnienie więc być tu musiało, na koszt substancyi, płynnéj w rdzeniu będącej, a mimo to włókna nie straciły swojej własności przewodzenia. Köhler i Strümpell robili doświadczenia, nastrzykując wosk do rdzenia i doszli do przekonania, że limfa zostaje wyciśniętą, to przecież dla włókien nerwowych obojętném być nie może. Schmaus na podstawie rozlicznych doświadczeń i spostrzeżeń klinicznych twierdzi, że ostateczną przyczyną tych tak bez reguły w gruźlicy kręgów szyjnych występujących porażeń, jest obrzęk wywołany zapaleniem, który zwiększając się i zmniejszając, wywołuje te zmiany, jakie przy łóżku chorego spotykamy.

Jednym z ważniejszych a zarazem pierwszym objawem klinicznym jest charakterystyczne trzymanie głowy, często poprzedzane zboczeniami w postaci klonicznych drgawek orbicularis palpebrae, nystagmus, nierówność źrenic należą także do rzadkości. W przypadku Bergmanna, po założeniu naciągającego opatrunku Glistana, objawy te znikały. Doświadczalnie Duret wykazał to na psach, gdzie drażniąc zgłębnikiem okolice dolnego końca aquaeductus Silvii, zawsze wywoływał nystagmus, drażnienie zaś środkowéj części dna czwartéj komórki wywołało owe kloniczne drgawki powiek. Prócz tych objawów obserwować można ból głowy, dalej newralgie, szczególniéj w okolicy wyrostków sutkowych, bole zębów, zaburzenia połykowe przez n. podjęzykowy i zaburzenia w zakresie słuchu. Następną zmianą jest wrównanie a czasem nawet wypuklenie dołka karkowego, które częstokroć przy mięsakach wychodzących z okostnéj wystąpić może, a do rozróżnienia posłużyć może ekstensyja, która w gruźlicy zazwyczaj znosi wszelkie bole, przy nowotworach nie daje żadnéj ulgi choremu (Bidder). Dalszy obraz chorobowy zależy od ropienia, przesunięcia się kości i porażeń wskutek tego powstających. Jakto na wyżej opisanych okazach widzieć było można, to prócz dróg nadzwyczajnych, zwykle przebija do gardziela jako angina Hippocratis, albo wydostaje się pomiędzy głębokiemi mięśniami karku, i tworzy ropień poza uchem.

Co się tyczy zniszczeń, zwichnień, odłamań w samych kościach i stawach, to i tu odesłać trzeba do trzech okazów na początku wymienionych. Mogą tu zachodzić zwichnienia na bok, częściej obustronne niż jednostronne, a czém miększe i więcej spróchniałe są kości, tém większa zachodzi naturalnie obawa naglego ucisku na rdzeń przez przemiejscowienie pojedynczych kawałków, jak wyrostka zębowego, co najczęściéj bywa, lub trzonu pojedynczego kręgu. Nie należy to jednak podobne zajście do reguły a tego rodzaju przypadki, że nagle chory kończył życie przez uciśnięcie wyrostkiem zębowym, są opisane przez Sédillota i Tillaux. Częściej bywa, że powolnie kończy się cała sprawa, że chory porażony umiera wśród objawów, towarzyszących przy końcu każdéj prawie choroby rdzenia, jak odleżyn, trudności w połykaniu, chorób pęcherza i odbytnicy, a wreszcie tak często wydarzających się zapaleń płuc. W nader nielicznych przypadkach leczenie może osiągnąć cel pożądany przez założenie ekstenzyi, wypuszczenie ropy, jednak do reguły w dzisiejszych czasach, gdzie przyczyna ucisku nie jest jeszcze dokładnie zbadaną, wyzdrowienia zaliczyć nie można.

Dr. Łepkowski.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie 17-te z dnia 18 grudnia 1889 r.

Przewodniczący kol. Paszkowski, członków obecnych 33.

Na wniosek komitetu uchwalili zgromadzeni co następuje:

1) Tow. lek. krakowskie wyraża prof. Domańskiemu podziękowanie za jego gorliwe zajęcie i trudy podjęte celem zaprowadzenia w Krakowie wodociągów.

2) Kol. Sroczyński przedstawił chorego z kliniki prof. Rydla z wągrem w oku, oraz objaśnił ten przypadek.

W dyskusyi przemawiali koll. Mars, Rydel, Obaliński, Wilkosz i prelegent.

3) Kol. Obaliński opowiedział przypadek operacyi w dniu 18/12 wykonanéj w szpitalu, gdzie w $\frac{1}{2}$ roku po połknięciu ości karpia odszukał ją w nacieku twardym, który wytworzył się w okolicy pomiędzy jelitem grubem zstępującem, a mięśniami wyścielającemi kość biodrową.

4) Zgromadzeni jednogłośnie obrali prof. Jakubowskiego członkiem honorowym Tow. Lekarskiego.

5) Kol. Gluziński zdaje sprawę z czynności komisyi przedwyborczéj oraz przedstawia kandydatów na urzędników Towarzystwa na rok przyszły, przez tęż komisyję Towarzystwu proponowanych. Przy głosowaniu prezesem obrany kol. Mars; wiceprezesem kol. Kohn; sekretarzem dorocznym kol. Podgórski; redaktorem „Przeglądu Lekarskiego“, redaktor dotychczasowy; członkami komisyi redakcyjnéj obrani koll.: Kwaśnicki, Obaliński, Oettinger i Cybulski; delegatami do komisyi redakcyjnéj ze strony Tow. lekar. galicyjskich koll. Madurowicz i Rydel; delegatami do Tow. lek. galicyjskich koledzy lwowscy Krówczyński i Rieger; delegatem do komisyi sanitarnéj miejskiéj kol. Łazarski; do komisyi wreszcie skontrującéj zaprosił przewodniczący koll. Pieniążka i Schaittera.

Sekretarz: *Dr. Bukowski.*

VIII. W sprawie lekarzy szkolnych.

Podał

Dr. A. Beck.

W czasie, kiedy umysły wszystkich żywo zajęte są sprawą robotników, kiedy rządy różnych państw roztaczają opiekę nad robotnikami, starając się polepszyć ich byt przez zmniejszenie czasu pracy, przez zabezpieczenie ich od nieszczęśliwych przypadków, zakładanie kas dla chorych, przez ustanawianie osobnych inspektorów, których zadaniem jest czuwać nad interesami tego t. zw. czwartego stanu; w czasie tym nie zajmuje się nikt losem innych robotników, których niezliczone krocie jak mrówki pracą są zajęte, a z których znaczna część zawdzięcza pracy téj powstawanie licznych chorób, zboczeń przez całe życie pozostających, a niejedni pod jéj brzemieniem ulegają. Mam na myśli naszą dziatwę szkolną. A przecież ci biedni maluczcy robotnicy, pracy umysłowéj się oddający, szczególną cieszyć się powinni opieką państwa, boć to nadzieja jego, to jego przyszli obrońcy. I jacyż to mogą być obywatele, którzy najpiękniejsze lata swojéj młodości spędzili wśród najgorszych warunków higienicznych, oddychając przez kilka godzin dziennie zatrutem, pełnem kurzu powietrzem, natężając przez cały ten czas wszystkie władze umysłowe, niszcząc wzrok, a wreszcie przeciążeni pracą zmuszeni byli poza szkołą resztę czasu poświęcić jeszcze wykonywaniu zadań, wyuczeniu się lekcyj, a zatem także oddawać się pracy umysłowéj. Nic też dziwnego, że społeczeństwo nasze karłowacieje, bo niszczeje robotnik przeciążony pracą fizyczną i niszczeje stan inteligencyi, wytężając wszystkie swe siły w pracy umysłowéj.

Zadziwiającą jest rzeczą, dlaczego kwestyja poprawienia stanu zdrowotnego naszéj młodzieży szkolnéj, a w pierwszym rzędzie zbadania, w czem złe leży, aby je skutecznie

naprawić można, u nas do niedawna prawie że nie wynurzyła się jeszcze wcale. Podczas gdy w innych państwach w ostatnich dziesiątkach lat na polu higijeny szkolnéj zrobiono bardzo wiele, u nas literalnie nic się nie dzieje, coby dążyło do poprawienia losu nieszczęśliwych młodych męczenników nowoczesnego sposobu kształcenia. Jeżeli bowiem w innych krajach nie usunięto jeszcze wszędzie wszystkich warunków wpływających szkodliwie na zdrowie młodzieży szkolnéj, to przynajmniéj zrobiono tyle, że te warunki badano, że się starano je poznać i powstały też liczne prace na sumiennie i skrzętnie przeprowadzonéj statystyce ze setek tysięcy dzieci oparte; a u nas, gdzie z braku szkół zbudowanych według zasad higijeny, z powodu szczupłéj liczby szkół w ogóle w stosunku do ilości dzieci do nich uczęszczających, wreszcie z powodu nieco odmiennego systemu nauczania, gdzie więc z tych powodów młodzież w znacznie gorszych znachodzi się warunkach niż w innych krajach, u nas prawie nikt nawet nie stara się poznać wad w ustroju szkolnym tkwiących i z założonemi rękami przypatrujemy się, jak pokolenie nasze marnieje.

To też za niezmierną zasługę poczytać musimy Towarzystwu Opieki Zdrowia, a w szczególności proff. Cybulskiemu i Jordanowi, na których wniosek Towarzystwo uchwaliło szczerze zajmować się sprawą tyczącą się zdrowia naszej młodzieży szkolnéj, a głównie przyczynić się do utworzenia instytucyi lekarzy szkolnych, których zadaniem byłoby zbadać dokładnie warunki higijeniczne, wśród których dzieci do szkół naszych uczęszczające się znajdują i podać wnioski, jakie zmiany należałoby przeprowadzić, aby te warunki na jak najlepsze przekształcić.

Instytucyja lekarzy szkolnych ma swoję historyję. Pomijając dawniejsze usiłowania bądź lekarzy, bądź innych ludzi, którym dobro dziatwy szkolnéj leżało na sercu, koło podniesienia stanu zdrowotnego szkół, wspomnę tylko o pracy Lorinsera, która przeszło pół wieku temu skłoniła rząd badeński do ustanowienia nadzoru lekarskiego nad szkołami. Od czasu Lorinsera ważna ta kwestyja nie znikała wprawdzie z widowni (rozumie się nie u nas), ale też i nie bardzo postępowała naprzód. Na wzmiankę zasługują prace: Fahrnera w r. 1865 o ławkach szkolnych, Behrenda, który radzi ustanawiać inspektorów szkolnych i Falka, który nadzór nad szkołami radzi powierzać wyłącznie lekarzom. Nadto kwestyja lekarzy szkolnych bywała często przedmiotem obrad na różnych zjazdach lekarzy i higijenistów. Konieczność wprowadzenia reform w szkołach ludowych i w średnich uznały także niektóre rządy, a między niemi i nasz rząd pod naciskiem opinii publicznéj, któréj uwagę badania lekarzy higijenistów zwróciły na niebezpieczeństwa, na jakie naraża się młodzież uczęszczająca do szkół i która też domagała się ulepszeń stosunków zdrowotnych w szkołach. To też w ostatnich czasach zwrócono i w Austryi szczególniejszą uwagę na potrzebę poprawy stosunków zdrowotnych w szkołach i tu wspomnę o rozporządzeniu Ministerstwa oświaty z r. 1885, zakazującem używania linij kratkowych, o rozporządzeniu z roku 1887, tyczącem się poprawienia druku w klasykach, o rozporządzeniu z roku 1888, odnoszącem się do budowy i urządzenia budynków dla szkół ludowych. Szczególnie podnieść należy rozporządzenie tego Ministerstwa z roku 1873, które wyłącznie poświęcone jest higijenie szkolnéj, które zawiera właściwie wszystko, czego ze stanowiska lekarskiego od szkoły wymagać można. Nawet o nadzorze lekarskim mówi to rozporządzenie: „Dla lekarzy, którzy się szczególnie zasłużyli koło podniesienia stosunków higijenicznych w szkole, może Ministerstwo oświaty oprócz odpowiedniego uznania wyznaczyć i remuneracyję ze środków państwowych.“ Całe to rozporządzenie z r. 1873 jest świetne, wyłączną wadą jego jest, że się do niego nikt nie stosuje.

(Dokończenie nastąpi.)

IX. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Dr. Chłapowski. **Gruźlica bydlęca, a rzezactwo żydowskie.**

Większa śmiertelność z powodu gruźlicy u ludności chrześcijańskiéj aniżeli u żydowskiéj, wykazywana przez lekarzy Drysdale'go, Gibbona i Loana w szpitalach i na przedmieściach Witechapel i Holborn Londynu, zamieszkałych przeważnie przez żydów, którzy przypisują ten korzystny wynik śmiertelności głównie doborowi mięsa, skłoniły autora do zastanowienia się, jaki wpływ w naszym kraju, w którym żydzi stanowią więcéj niż jedną trzecią część całéj ludności, może mieć rzezactwo na częstotliwość gruźlicy. Uważając wywody londyńskich lekarzy za przesadzone, nie godzi się on także z zapatrywaniem fizyka m. Lwowa, że wyznanie nie wywiera żadnego wpływu na śmiertelność wskutek gruźlicy, lecz owszem sądzi, że prawdopodobnie przyczyna mniejszéj śmiertelności na gruźlicę, znacznego przyrostu i długowieczności żydów, którzy zresztą żyją u nas po miasteczkach i wsiach w warunkach niehigijenicznych, leży także we wrodzonéj odporności rasy żydowskiéj przeciw chorobom zakaźnym, a tem samem i gruźlicy. Że śmiertelność szczególniéj między dziećmi chrześcijańskiemi w stosunku do żydowskich jest większą, stara się udowodnić autor, wykazując, że w księstwie poznańskiem na trzy przypadki nieżywo urodzonych dzieci wśród ludności polskiéj lub germańskiéj przypada jeden wśród żydowskiéj. Przytaczając następnie daty statystyczne całéj monarchii pruskiéj podaje, że w pierwszym roku życia umiera 25% dzieci chrześcijańskich a tylko 15% żydowskich, a od pierwszego roku życia do piątego, 36% dzieci chrześcijańskich a 25% żydowskich.

Ponieważ ze wszystkich chorób największą liczbę ofiar, bo aż połowę, zabiera gruźlica, szczególniéj w przytułkach, więzieniach i t. p., a w miastach stanowi, jak w Berlinie $^1/_7$, a we Lwowie $^1/_5$ ogólnéj śmiertelności, sądzi Dr. Chłp., że dokładna statystyka śmiertelności wskutek gruźlicy, szczególniéj u dzieci tych dwóch wyznań, mogłaby mieć wielkie znaczenie [1]). A z uwagi, że zakażenie gruźlicą nastaje zwykle u osób starszych przez drogi oddechowe, a u dzieci oprócz tego za pomocą pokarmów, jak mleka z bydląt perliczych pochodzącego, a może także i za pomocą mięsa, tem łatwiéj, że prątki gruźlicze, jak to już Wurtz i Strauss wykazali, nie giną w soku żołądkowym, należałoby także wykazać, o ile gruźlica oprócz mleka także i przez używanie mięsa perliczego wśród ludzi rozszerzać się może.

Wspominając o identyczności prątka gruźliczego i perliczego, stwierdzonéj przez Kocha, jakoteż o przeszczepialności tegoż ze skutkiem na ludzi i zwierzęta, znajduje autor słusznem, że na ostatnim międzynarodowym kongresie w Paryżu domagano się zupełnego wykluczenia z jatek nie tylko narządów gruźlicą zajętych, ale także i mięsa, pochodzącego ze zwierząt dotkniętych tą chorobą, przyznając właścicielowi odszkodowanie ze skarbu państwa. W obec bardzo często występującéj perlicy u bydła i grożącego ztąd niebezpieczeństwa ze spożywania mięsa, dziwi się autor obojętności naszéj publiczności, która kontrolę nad najważniejszym artykułem żywności oddaje przeważnie po miastach i wsiach u nas na łaskę oglądaczy nieraz z chłopów się rekrutują-

[1]) Według dat statystycznych otrzymanych od Dr. Buszka, fizyka miejskiego w Krakowie, stosunek śmiertelności z gruźlicy w ostatnich latach był następujący:

Wiek	chrześ.	żyd.
w 1 roku	1 : 62	1 : 29
„ 5 „	1 : 6	1 : 12
„ 10 „	1 : 7	1 : 16
„ 15 „	1 : 4	1 : 10
„ 20 „	1 : 2	1 : 3
„ 30 „	1 : 2	1 : 3
„ 40 „	1 : 2,3	1 : 3
„ 50 „	1 : 4	1 : 10
„ 60 „	1 : 5	1 : 5
„ 70 „	1 : 7	1 ; 9
„ 80 „	1 : 15	1 : 17.

Z powyższego zestawienia wynika, że w mieście Krakowie śmiertelność w skutek gruźlicy u dzieci żydowskich od 1—5 roku życia jest większą aniżeli u dzieci chrześcijan. Rozpowszechnione między żydami karmienie dzieci mlekiem bez wyboru, pochodzącem nieraz z obór perliczych, zdaje się wpływać na częstotliwość gruźlicy u dzieci.

cych, którzy nawet przy najlepszéj woli nie są w stanie z braku potrzebnych wiadomości odpowiedzieć swojemu zadaniu. W Niemczech pod tym względem postęp jest znaczny, albowiem oględziny, szczególniéj w miastach, bywają przez fachowych znawców ściśle przeprowadzane, którzy chronią mieszkańców od spożywania mięsa perliczego. I tak n. p. w samym Berlinie uznano w roku 1888 4300 sztuk za perlicze a w roku 1889 6127. W innych miastach, jak Zwickau w Saksonii, stanowiła perlica 22.4% a w innych 19.9%, 16% bitego bydła. W stosunku do miast niemieckich w Poznaniu, w którym trzy razy więcéj bywa bitych krów aniżeli wołów, dzieje się najgorzéj z braku publicznéj rzeźni, albowiem w r. 1887/8 skonfiskowano tamże na 4601 bitych bydląt tylko dwie krowy, a w roku 1888/9 na 4897 tylko jednę. W innych miastach ks. poznańskiego, posiadających już publiczne rzeźnie, wykazują wyniki oględzin wielką ilość zakwestyjonowanego bydła z powodu perlicy, świadczące dowodnie o wielkiem rozpowszechnieniu się tamże téj choroby, n. p. w Kościanie ze zarzniętych 518 sztuk bydła w r. 1889 zniszczono trzy całe sztuki z powodu ogólnéj perlicy a u 100 sztuk tylko pojedyncze narządy. Z Galicyi przytacza autor tylko Lwów, w którym w r. 1888 ze zabitych 13786 wołów, 2369 krów skonfiskowano [1]) 3 krowy z powodu perlicy. W obec tych opłakanych stosunków w poznańskiem z braku rzeźni i ustawicznego w nich nadzoru, sądzi autor nie bez racyi, że w tych warunkach nie można odmówić starym przepisom talmudycznym pewnéj wartości zdrowotnéj, chociaż poglądy w tych przepisach zawarte nie odpowiadają w zupełności obecnym poglądom naukowym, wykazując, że w samym Poznaniu rokrocznie 25% — 26% zabitego w rzezalni żydowskiéj bydła uznano za trefne, a z któréj to ogólnéj sumy odrzucono 17% z powodu zmian patologicznych spostrzeżonych na opłucny. (Dok. nast.) *Dr. Walentowicz.*

X. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 11 lipca. Sekcyja przygotowawcza g i n e k o l o g i c z n a VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie ukonstytuowała się 1 lipca b. r. Przewodniczącym wybrany prof. M a d u r o w i c z przez komitet gospodarczy Zjazdu, zastępcą jego docent Dr. M a r s, sekretarzami wybrano asystentów kliniki ginekologicznéj Uniw. Jag. Drów B r a u n a i C e r c h ę.

Na tem posiedzeniu postawiono następujące kwestyje do opracowania w formie wyczerpujących referatów na wspomniany Zjazd:

1) Postępowanie w przypadkach nieustających wymiotów u ciężarnych (*hyperemesis gravidarum*).

2) Postępowanie wobec włókniaków macicy (*fibromyomata uteri*).

3) Postępowanie w przypadkach niestosunku porodowego wyższego stopnia (*Pelvostenochoria*).

Uprasza się zatem kolegów zamiejscowych, trudniących się specyjalnie położnictwem i ginekologiją, aby w razie zobowiązania się opracowania jednego z wyż podanych referatów na Zjazd nadmieniony, zechcieli o tem listownie donieść w ciągu najbliższych dwóch miesięcy prof. M a d u r o w i c z o w i (Kraków, Bracka, 6).

Gazety lekarskie polskie zechcą odezwę tę łaskawie powtórzyć w łamach swych wydawnictw.

* **II. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie**. (Rozpocznie się d. 15 b. m.). Dalsze wykłady zapowiedzieli:

29. Docent Dr. T r z e b i c k y (z Krakowa): W sprawie paracentezy jamy brzusznéj.

[1]) W Krakowie ze zabitych w r. 1889 w miejskiéj rzeźni 11295 wołów i 1681 krów, sprawdzono 40 razy perlicę u krów, z których w myśl ustawy z 28 czerwca 1888 r. dwie sztuki z powodu ogólnéj perlicy całkiem zniszczono. Z podanéj liczby bitego bydła, 7500 sztuk zostały na sposób żydowski zarznięte, z któréj to liczby uznali rzecznicy 5960 jako koszerne. Pozostała reszta odrzuconą została jako trefne przeważnie z powodu wspomnianéj perlicy, oraz zrostów opłucny płuc z opłucną żebrową, jakoteż obcych ciał w żołądku i przyrośnienia czepca do przepony.

30. Tenże: Okazanie preparatu zgorzeli starczéj kończyny dolnéj.

31. Tenże: Okazanie opatrunków drewnianych.

* W liście ogłoszonym w *Revue gén. de Clinique et Thérap.* z dnia 25 czerwca Dr. H u c h a r d oświadcza, że nie uda się na Zjazd międzynarodowy w Berlinie z powodu, że przewodniczącym tego Zjazdu jest prof. Virchow, który w roku 1871 potwierdził zdanie psychijatry S t a r k a, jako cały naród francuski bliskim jest niedołęztwa porażennego lub pomięszania, a słów tych nie odwołał, choćby ze względu na siebie samego. Dr. Huchard nie podaje w liście swym, gdzie owe słowa Virchowa ogłoszone zostały, a jeżeli nas pamięć nie myli, to właśnie Virchow wystąpił wówczas przeciw owym niedorzecznym twierdzeniom niemieckich szowinistów lekarskich, Starka i wspólników, nawołując do opamiętania się i niekompromitowania siebie i nauki niemieckiéj. W każdym razie pożądaną byłoby rzeczą, aby Virchow sprostował naszem zdaniem mylnie przypisane mu orzeczenie.

* W K r y n i c y do dnia 6 bm. było gości 1584, w C i e p l i c a c h c z e s k i c h 3083.

* Ministerstwo austryjackie spraw wewnętrznych zakazało sprzedaży tak zw. pigułek szwajcarskich Brandta na podstawie opinii Najwyższéj Rady zdrowia.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Insbruk.** Nadzw. profesor patologii ogólnéj Dr. Maurycy L o e w i t mianowany został profesorem zwyczajnym. — **Berlin.** Na katedrę opróżnioną wskutek śmierci W e s t p h a l a powołany został prof. J o l l y ze Strasburga. — **Praga czeska.** Rektorem uniwersytetu niemieckiego wybrany został prof. patologii ogólnéj Dr. K n o l l.

* **Mianowania.** Naczelnik wydziału zdrowia w węgierskiem Ministerstwie spraw wewnętrznych Dr. Leopold G r o s s mianowany został radzcą ministeryjalnym.

* **Wiadomości osobowe.** Lekarz pułkowy 2 klasy w rezerwie Dr. Władysław H u b i c k i w Przemyślu przeniesiony został do stanu czynnego korpusu lekarsko-oficerskiego 10 pułku huzarów; daléj przeniesieni lekarze pułkowi Drowie Włodzimierz H r y c y k i e w i c z do 13 pułku ułanów, Józef M a d e y s k i do 41 pułku piechoty, Walery Ł u k a s i e w i c z do 10 pułku piechoty, starsi lekarze Drowie Józefat J a n o w s k i do 53-go pułku piechoty, a Bazyli K u r y ł o w i c z do 4 pułku ułanów. Stopnie doktorów med. otrzymali w Warszawie: pp. S k a b i c z e w s k i, J a s z c z y ń s k i i W a s s e r z u g; w Strassburgu zaś Dr. filozofii Wacław S o b i e r a ń s k i z Warszawy. (*Gaz. Lek.*). Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jag. pp. Stanisław K r a s o w s k i z Doliny, Samuel L u s t i g i Abraham R i e s e r z Krakowa.

* Kol. Dr. W e r n e r, c. k. lekarz powiatowy w Śniatynie, przesyła nam następujące sprawozdanie ze składki za jego inicyjatywą urządzonéj, wynurzając podziękowanie szanownym dawcom.

Na rzecz wdowy i sierót po zmarłym w powiecie Sniatyńskim koledze Drze Leonie Hornie wpłynęło za pośrednictwem: pp. Drów Gładyszowskiego lek. pow. w Tarnopolu 38 złr. 30 ct.; Cassiny lek. powiat. w Przemyślu 55 złr.; Krzyształowicza l. p. w Dolinie 20 złr.; Tyralskiego l. p. w Zbarażu 9 złr.; Przybylskiego lek. p. w Nowym Sączu 12 złr.; Omeissa emeryt. l. p. w Zaleszczykach 15 złr.; Januszkiewicza l. p. w Pilżnie 10 złr.: Kijasa l. p. w Mielcu 10 złr.; Rotha l. p. w Bochni 15 złr.; Coghena l. p. w Bohorodczanach 6 złr.; Głowackiego asyst. sanit. w Nadwórnie 13 złr; Wrońskiego l. p. w Gorlicach 12 złr.; Berggrüna l. p. w Żółkwi 17 złr.; Zawadzińskiego l. p. w Wadowicach 9 złr.; Wągrowskiego l. p. w Czortkowie 9 złr.; Załozieckiego radcy sanitarn. i prym. w Czerniowcach 60 złr.; Lica l. p. w Brzozowie 13 złr.; Rosnera l. p. w Kołomyi 30 złr.; Buszka fizyka w Krakowie 33 złr.; Kronenberga asyst. sanitarn. w Limanowy 5 złr.; Bieńczewskiego l. p. w Dobromilu 10 złr.; Goldhabera l. p. w Żydaczowie 14 złr.; z powiatu Sniatyńskiego 35 złr. Razem 450 złr.

* **Nekrologija.** W Pradze czeskiéj umarł dnia 30 czerwca r. b. Dr. Franciszek Jan Z o u b e k, dawny współpracownik *Časopisu lék. cesk.* w dziedzinie dziejów lekarskich, gruntowny znawca dziejów oświaty narodowéj w 16 i 17 wieku.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Nowin. Lek.* Nr. 7: D r o b n i k a: Leczenie wrodzonéj stopy szpotawéj u dzieci (dok.); K a r l i ń s k i e g o: Przyczynek do znajomości zachowania się prątków cholery w kale; U l a t o w s k i e g o: O zatrzymaniu moczu i o usnnięciu takowego przez wyssanie trójgrańcem włoskowatym (dok.); W i c h e r k i e w i c z a: Przyczynek do zależności chorób ocznych od zmian chorobowych w przewodzie pokarmowym (dok.). — W *Medycynie* Nr. 27: B i e g a ń s k i e g o: Z kazuistyki chorób układu nerwowego (ciąg dal.). — W *Gaz. Lek.* Nr. 27:

Puławskiego: Żółtaczka złośliwa z zejściem pomyślnem: Matlakowskiego: Zestawienie 25 przyp. otwarcia jamy otrzewnéj przy chorob. rodzajnych kobiecych niezap. pochodzenia (szereg 4-ty).

Sprostowanie: W Nrze 24 *Przegl. Lek.* zaszły następujące pomyłki: Na str. 333, szpalta 2-ga, wiersz 20 od góry zamiast Butra ma być Butza; to samo na str. 334, szpalta I-sza, wiersz 24 od góry. Na str. 334 szpałta 2-ga, wiersz 24 od góry ma być nie Lauensteina, lecz sposób Helfericha. Na str. 335, szpalta I-sza, wiersz 21 od góry zamiast części, ma być cięcia, a w wierszu 24 zam. udowe, ma być podudzia.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Podziękowanie.

Zostawszy po śmierci męża mego ś. p. Dra Leona Horna lekarza w Zabłotowie wraz z 2 dziećmi w nader krytycznem położeniu znalazłam opiekuna i zbawcę w osobie Wgo Pana Dra Karola Wernera c. k. lekarza powiatowego w Śniatynie. Zacny ten mąż, który podczas słabości małżonka mego chętnie i bezinteresownie spieszył z pomocą, udał się z własnej inicyatywy, nie czekając nawet prośby mojej, do kolegów ś. p. mego męża dla uzyskania wsparcia dla rodziny w nędzy pozostałej i udało mu się zebrać dotychczas 450 złr.

Za dar ten składam wszystkim Panom, którzy się do tego przyczynili, a mianowicie zacnemu i W. Drowi Wernerowi, który kierując się szlachetnym popędem swego serca losem moim i małoletnich moich dzieci tak szczerze się zajął — najserdeczniejsze „Bóg zapłać". 97—1—1

W Zabłotowie, dnia 2 Lipca 1890.

Zofia Horn, wdowa po lekarzu.

Miasteczko Jezierzany koło Czortkowa, 5000 mieszkańców liczące poszukuje

Doktora medycyny

z roczną płacą 200 złr. i dochodami za oglądanie zwłok i bydła.

Bliższych wiadomości udziela radny miasta

93—3—3 *J. B. Seidmann.*

L. 858.

Obwieszczenie.

Celem obsadzenia posady lekarza miejskiego do pełnienia służby zdrowia i oględzin bydła na rzeź przeznaczonego w gminie miasta Horodenki z płacą roczną 300 złr. i subwencyą ze strony Wydziału powiatowego w rocznej kwocie 100 złr. rozpisuje się niniejszem konkurs.

Ubiegający się o tę posadę wnieść mają najpóźniej do 25 Lipca 1890 do Zarządu miasta Horodenki swoje podania przy dołączeniu metryki urodzenia, dyplomu doktora wszech nauk lekarskich i dowodu dotychczasowego zatrudnienia.

Posada powyższa nadaną będzie na rok jeden prowizorycznie, a po roku może nastąpić stabilizacya.

Zarząd miasta.

Horodenka, dnia 4 Lipca 1890.

98—3—1 c. k. komisarz rządowy: *Setkiewicz.*

L. 623.

KONKURS.

Celem obsadzenia posady lekarza miejskiego w mieście powiatowem Żydaczów rozpisuje się konkurs.

Roczna płaca 500 złr., dochody z oględzin bydła i zmarłych, posada prowizoryczna na rok jeden.

Podania wnieść należy do zwierzchności gminnej najdalej do 20 Lipca b. r.

Magistrat król. woln. miasta 94—3—3

Żydaczów, 15-go Czerwca 1890 r.

Za burmistrza: ***Józef Dawiczak.***

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 19 Lipca 1890. Nr. 29.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Z pracowni własnéj.

Poszukiwania nad znachodzeniem się prątków durowych w moczu osób durem dotkniętych.

Podał

Dr. Justyn Karliński

w Stolacu w Herzegowinie.

Podania o znachodzeniu się swoistych prątków w moczu osób durem brzusznym dotkniętych dotychczas nadzwyczaj są skąpe. Pominąwszy już podania Boucharda[1]), pochodzące jeszcze z czasów, kiedy metody badania nie były jeszcze dostatecznie ustalone, a opierające się li tylko na badaniu drobnowidowem, pominąwszy krótką wzmiankę Pfeiffra[2]), przyznać należy Seitzowi[3]) pierwszeństwo odkrycia tychże w moczu. Seitzowi udało się 2 razy w 7-miu badanych przypadkach prątki te w moczu wykazać, zanim Hueppe[4]) był w stanie zaledwie raz wśród 18 przypadków podanie to potwierdzić. Ponieważ w wszystkich przypadkach, w których badanie pomyślnym uwieńczone było skutkiem, mocz wybitne ślady białka zawierał, a odwrotnie w przypadkach, w których to nie udało się, jak w poszukiwaniach Chantemesse-Vidala[5]) i Seitza białka w moczu nie było, wobec sumiennych poszukiwań Konjajewa[6]) trzeba przypuścić, że zmiany patologiczne w utkaniu nerkowem w przebiegu duru umożliwiają dopiero przechodzenie prątków swoistych do moczu.

Zajęty w ostatnich latach rozlicznemi poszukiwaniami nad bijologiją prątków durowych, nie omieszkałem przy nadarzającéj się sposobności badać mocz osób durem dotkniętych pod względem prątków durowych. W tym celu w 6-iu przypadkach, w których obdukcyja wykonaną być mogła*), po dokładnem obmyciu nieuszkodzonego pęcherza za pomocą starannie wyjałowionego trójgrańca wypuszczałem mocz do zjałowionych naczyń i następnie próbki wyjęte zmięszawszy z pożywką gelatynową, drogą hodowli płytkowych i obrotowych badałem. Oprócz tego w 38 przypadkach duru brzusznego tak typowego, jak i w przypadkach o przebiegu atypowym, właściwych Herzegowinie[7]), za życia w rozmaitych okresach sprawy chorobowéj za pomocą cewnika metalowego, który poprzednio przez zanurzenie na 3 godz. w 10% roczynie kwasu karbolowego i następnie przez 1¾ godziny w przyrządzie parowym Kocha pozostając, dokładnie został zjałowionym, wypuszczałem mocz do zjałowionych drogą pary wodnéj naczyń i do badania bakteryjologicznego drogą hodowli używałem. W przypadkach, w których wykonanie sekcyi było możliwem, wyjęto nerki; z miąższu nerkowego po uskutecznieniu przekrojów świeżo wypalonym nożem przeszczepiono cząstki do rozpuszczonéj pożywki gelatynowéj i następnie do badania drogą hodowli płytkowych zużyto, a pozostałe cząstki miąższu nerkowego po stwardnieniu i odpowiedniem zabarwieniu do badania drobnowidowego celem ewentualnego wykazania prątków durowych w miąższu zachowano.

Wyniki badań moich, które na tem miejscu umieszczam, jak z góry zaznaczyć muszę, nie różnią się od badań Seitza, Hueppego i Konjajewa, potwierdzając takowe stanowią jedynie przyczynek kazuistyczny tak do etyjologii, jak i dyjagnostyki duru, która w danych warunkach znaczne sprawia trudności. Ponieważ część przypadków poniżéj uwzględnionych poprzednio w pracach moich: *Zur Kenntniss der atypischen Typhusfälle*“, „Przyczynek do znajomości duru brzusznego o atypowym przebiegu“ i „*Zur Frage über die Entstehung der typhösen Pneumonie*[8])“ umieszczenie znalazła, pomijam opis klinicznego przebiegu, ograniczając się do objawów ze strony narządu moczowego i wyników badania.

Przypadek I. (porównaj przypadek I-szy w pracy „Przyczynek do znajomości duru brzusznego o nietypowym przebiegu). Pacyjent umarł po sześciodniowym pobycie w szpitalu, przed którym przez dni 6 żalił się na brak apetytu, odbijanie i ogólne osłabienie. Przy obdukcyi wykonanéj w 6 godzin po śmierci znaleziono wbrew przebiegowi niczem duru brzusznego nie przypominającemu, wybitne zmiany durowe w jelicie, obrzęk śledziony, w nerkach zaś żadnych zmian makroskopowo widzialnych. Zawartość pęcherza (260 Ctm³)

*) Wykonanie obdukcyi w prowincyjach zajętych napotyka rozliczne tak rytualne jak i zwyczajowe przeszkody.

wypuszczona do jałowego naczynia za pomocą jałowego trójgrańca przedstawia się jako mocz wino-żółty, bez zmętnień, przy zagotowaniu małe ślady białka zawierający. 1 ctm³ moczu zmięszano z 40 ctm³ zjałowionéj 10%-wéj pożywki gelatynowéj i zużyto do 8 hodowli płytkowych, które przez 5 dni w ciepłocie pokojowéj zachowano. Na płytkach wzrosły w tym czasie wybitne kolonije prątka durowego w liczbie 26 ciu; przyroda znalezionych prątków hodowlami na podłożu ziemniaczanem stwierdzoną została. Prócz kolonij prątka durowego nie znachodziła się na prątkach ani jedna kolonija obcego drobnoustroju. Wyjęto wraz z nieuszkodzoną torebką nerki, obmyto w $^{2}/_{1000}$ roczczynie sublimatu, z miąższu nerkowego odsłoniętego przekrojami uskutecznionemi wypalonym świeżo nożem, wzięto kilka próbek dla uskutecznienia hodowli, oraz kilka kawałków do badania drobnowidowego. Hodowle prątkowe i obrotowe z miąższu nerkowego wykazały obecność prątków Eberth-Gaffke'go.

Przypadek II-gi (opisany jako Nr. III w pracy „Przyczynek do znajomości etc). Nadzwyczaj nietypowy przebieg; śmierć 15-tego dnia po przyjęciu do szpitala. Przy obdukcyi wykonanéj w 10 godzin po zgonie znalazły się owrzodzenia durowe w dolnéj części jelita cienkiego, obrzęk śledziony, zwyrodnienie miąższowe nerek i kilka starych infarktów. Z pęcherza wydobyto 460 ctm³ moczu mętnego, wybitne ślady białka i wałeczki zawierającego, który zużyty do hodowli płytkowych i obrotowych w 1 ctm³ 46 kolonij prątka durowego zawierał, też same prątki wykazano w miąższu śledziony i nerek drogą hodowli obrotowych [1]).

Przypadek III-ci (opisany jako przypadek IV w pracy „*Zur Kenntniss der atypischen Typhusfälle*“). Przebieg również nadzwyczaj nietypowy, zgon 6-go dnia obserwacyi. Już 3 go dnia po przyjęciu do szpitala drogą hodowli prątki durowe wykazać się dały w kale, przez co rozpoznanie stwierdzonêm zostało mimo nadzwyczaj nietypowego przebiegu ciepłoty. Przy obdukcyi wykonanej w 7 godzin po zgonie nie znaleziono zmian makroskopowo widzialnych w nerkach, owrzodzenia durowe jelita cienkiego i ślepego, obrzęk śledziony i gruczołów chłonicznych i zwyrodzenie miąższowe wątroby i mięśnia sercowego. W pęcherzu znalazło się 300 ctm³ winożółtego czystego moczu zawierającego białko, którego 1 ctm³ 36 kolonij prątka durowego zawierał. Z miąższu nerkowego i śledzionowego wykazanie prątków durowych pomyślnym uwieńczone zostało skutkiem.

Przypadek IV-ty (opisany jako przypadek I-szy w pracy p. t. „*Zur Frage über die Entstehung der typhösen Pneumonie*“). Śmierć 13-tym dniu choroby, przebieg typowy powikłany przy końcu życia zapaleniem włóknikowem płuc. Przy obdukcyi wykonanéj w 19-cie godzin po zgonie znaleziono obok włóknikowego zapalenia prawego płatu dolnego typowe owrzodzenia durowe jelita, obrzęk śledziony i miąższowe zwyrodnienia serca i nerek. Mocz kwaśny, zawierający białko i prątki durowe, których w 1 ctm³ 8 kolonij znaleziono — tenże sam mocz zachowany przez 72 godzin w ciepłocie termostatu 25° C. zawiera tychże samych prątków 60 kolonij w 1 ctm³. Z miąższu śledziony i płuc wyhodowanie prątków durowych udało się.

Przypadek V-ty (opisany jako przypadek III w pracy p. t. *Zur Frage über die Entstehung etc.*) Śmierć 19-go dnia choroby z powikłania zapaleniem płuc włóknikowem. Z miąższu śledziony i płuc dały się prątki durowe wyhodować. W miąższu nerkowym zmian makroskopowo dostrzegalnych nie ma. Mocz wino żółty, bez zmętnień, bez białka, hodowle płytkowe z moczem uskutecznione pozostały jałowemi, tenże sam wynik z miąższem nerkowym.

Przypadek VI. Żandarm N. P., 24 lat, zmarł po nader atypowym przebiegu duru po 8 dniowéj chorobie. W kale za życia prątkow durowych nie udało się wykazać. Przy obdukcyi znaleziono poczynające się owrzodzenie kępek Peyerowskich w jelicie cienkiem i ślepem, znaczny obrzęk śledziony i miąższowe zwyrodnienie serca. W pęcherzu moczowym 200 ctm³ kwaśnego, nieco mętnego moczu, zawierającego znaczne ilości białka. Mocz zawiera w 1 ctm³ 90 kolonij prątka durowego, tenże sam mocz zachowany przez 48 godzin w ciepłocie termostatu zawiera prątków tych niezliczoną ilość; z miąższu nerkowego prątki te również w znacznéj ilości wyhodować się dały.

[1]) Celem uniknienia ciągłego powtarzania zaznaczam na têm miejscu, że przy każdem pojedynczem badaniu znalezione kolonije prątku durowego kontrolowałem przez hodowle na podłożu ziemniaczanem.

Zanim do dalszego opisu przypadków badanych pod względem prątków durowych w miąższu przystąpię, chciałbym słów kilka wynikom badania drobnowidowego zachowanych kawałków nerek poprzednich pacyjentów poświęcić.

Wycięte wraz z torebką kawałki nerek w przypadku I, II, III po należytem stwardnieniu w wyskoku bezwodnym zalepiono w parafinie i za pomocą mikrotomu Cathcarta uskuteczniono z nich wielką ilość skrawków. Po uwolnieniu skrawkow tych z parafiny zabarwiono też przez zanurzenie $1^{1}/_{2}$-godzinne w roczczynie karbolowo-fuksynowym Ziehla, a po odciągnieniu nadmiaru bawika wodą destylowaną ułożono seryjami na szkiełkach przedmiotowych i za pomocą rozpylacza uwolniono od wody; następnie po rozjaśnieniu olejkiem cedrowym zamknięto w balsamie kanadyjskim. Postępując tąż drogą byłem w stanie w owych 3 przypadkach wykazać liczne ogniska, zawierające prątki durowe, ogniska złożone z młodych komórek łącznotkankowych okrągłych, ułożone już to tuż pod torebką, już to w warstwie korowéj, wśród których nieliczne prątki durowe były umieszczone.

Ogniska te, niekiedy już nawet gołem okiem widzialne, odpowiadające owym Böttcherowsko-Wagnerowskim limfomom, wystawały niekiedy po nad miąższ nerkowy, wnikając w tkankę torebki nerkowéj, a prątki durowe już to w większych grupach, już to pojedynczo między komórkami nacieku takiego znachodziły się, brakło ich zaś zupełnie we wnętrzu komórek, lub we wnętrzu kanalików lub kłębków, gdzie zresztą łatwo wśród rozpadłych komórek przybłonkowych przeoczonemi być mogły.

Po pojawieniu się sprawozdania z pracy Konjajewa, który podobne obrazy mikroskopowe napotykał, posługiwałem się wskazaną przez niego drogą, a mianowicie zostawiałem wycięte drobne kawałki miąższu nerkowego w roczczynie karbolowo-fuksynowym przez 3—4 dni, następnie stwardniałem dopiero przez 36 godzin w alkoholu i zatopiwszy w masie Altmannowskiéj uskuteczniałem przekroje. W kilku razach po zabarwieniu w całości stosowałem wprost zamrażanie z pominięciem stwardnienia w alkoholu, osiągając zawsze dobre wyniki. W ten sposób wyjąwszy przypadek Nr. V, w którym badanie bakteryjologiczne nie odniosło dodatniego wyniku, we wszystkich przypadkach zresztą udało mi się ogniska z prątków durowych złożone wykazać, co prawda badanie to znacznéi wymaga ilości skrawków i cierpliwości, aby nie pominąć skąpo niekiedy w pojedynczych kawałkach miąższu nerkowego zawartych prątków. Ponieważ równocześnie z badaniem drobnowidowem podjęte badanie bakteryjologiczne drogą hodowli li tylko prątki te a nie podobne zresztą prątki gniciu towarzyszące wykazało, ponieważ skrawki te zachowywane były w środkach przeciwgnilnych, jak 5% karbolowy roczczyn fuksyny i alkohol, mogłem z całą stanowczością znalezione drogą mikroskopową ogniska prątki zawierające za ogniska durowe uważać.

W warstwie rdzennéj ognisk takich nie znachodziłem nigdy, natomiast dość często okalały one kanalik lub kłębek nerkowy, raz jeden znalazłem je w tkance wyścielającéj miedniczkę nerkową, wyniki te skłaniają mnie do przypuszczenia, że z ognisk takich prątki durowe do moczu przechodzą.

(Dokończenie nastąpi).

II. O liszaju żrącym (*Lupus vulgaris*).

Podał

Dr. Antoni Krokiewicz,

były asystent przy kat. anat. pat. Uniw. Jag.

(Dok. Patrz Nr. 28).

Rozmieszczenie prątków skąpe w utkaniu liszaja żrącego przypomina żywo kwestyję skrofulozy, która przez tak długi czas była uważaną ze względów klinicznych jako pro-

ces odrębny od gruźlicy i dzięki badaniom Friedländera, Köstera, Volkmanna i Schüppla została objęta tem samem pojęciem tak, iż dziś każdy mówiąc o skrofulozie ma na myśli gruźlicę w zakresie aparatu limfatycznego lub ruchowego. I w skrofulicznych zapaleniach stawów ilość prątków utkania patologicznego jest nadzwyczaj skąpa, jak na to zwrócili uwagę szczególnéj Souchardt i Krause [1]).

Okoliczność, że liszaj żrący przeszczepiony na zwierzęta wywołuje tylko gruźlicę, a nie liszaj żrący, wywołana jest najprawdopodobniéj owłosieniem skóry, które sprzeciwia się usadowieniu i zagnieżdżeniu jadu pośród niéj. Przemawiają zatem spostrzeżenia i zestawienia statystyczne Blocka [2]) z kliniki Neissera, Raudnitza [3]), Pantoppidana [4]) i innych, a według nich liszaj żrący na skórze owłosionéj nigdy się nie wydarza. Analogiczny przykład dostarcza nam i patologiczna anatomija, skoro w krtani tak rzadko, a według niektórych nawet nigdy nie przychodzi do zapalenia dyfterycznego w przebiegu dyfteryi gardła, tylko takowa przechodzi na krtań jako zapalenie krupowe najprawdopodobniéj z powodu obecności przybłonka migawkowego. W ostatnich jednak czasach Eve [5]) ogłosił dwa przypadki, w których mu się udało po przeszczepieniu szczątków liszaja żrącego w tkankę podskórną na wewnętrzną powierzchnię ucha u królików, w miejscu najmniéj owłosionem, wywołać istotny liszaj żrący; okoliczność, któréj ja pomimo kilkakrotnych doświadczeń stwierdzić nie mogłem.

Doutrelepont przez przeszczepienie ropy z głębi ognisk gruźliczych rozpadających się, gdzie ilość prątków jest skąpa, mógł wywołać na skórze prawdziwy liszaj żrący; podczas gdy Leloir nadmienia, że i w korzystnych przypadkach po przeszczepieniu szczątków liszaja żrącego w tkankę podskórną można wywołać lokalną gruźlicę.

Wobec powyższych przypadków upada i zarzut, że liszaj żrący nie może wywołać tegoż samego procesu na skórze, jakoteż, że i gruźlica nie może wywołać charakterystycznego liszaja żrącego.

Powolny i lokalny przeważnie przebieg liszaja żrącego wywołany jest przez skąpą obecność prątków. Przyczyną, dla któréj ilość ich jest tak małą, są różne okoliczności. Wiadomo powszechnie bakteryjologom, iż prątek gruźliczy jest jednym z najwybredniejszych zarazków, i potrzebuje do swego rozwoju odpowiedniéj pożywki, wilgoci i stałéj ciepłoty 37·5° C.; w tych bowiem tylko warunkach rozwija się on najlepiéj i okazuje największą siłę jadu. Skoro którego z tych warunków nie dostaje, prątek gruźliczy albo wcale się nie rozwija, lub rozwój jego, a tem samem i siła jadu, bardzo jest upośledzona. Podobnie rzecz się ma i w liszaju żrącym. Już samo utkanie skórne, odznaczające się znaczną zbitością, stanowi niekorzystną glebę nadzwyczaj odporną dla rozwoju takowych. O wiele jeszcze niekorzystniejszym czynnikiem jest zmienna, niejednostajna ciepłota skóry (Gerhardt [6]), która częstokroć musi podlegać znacznym wahaniom w celu regulacyi ciepłoty ustroju, a tem samem nie może dostarczyć stale prątkom gruźliczym, zagnieżdżonym pierwotnie pod skórą, tak pożądanego czynnika. Wobec tego siła jadu i rozmnażania się tychże prątków, zdaniem mojem, już od samego początku jest osłabioną, t. j. jad ten gruźliczy w liszaju żrącym jest zmodyfikowany, słabszy. A wreszcie na powolny przebieg sprawy chorobowéj wpływa i utrudnione dostawanie się tego jadu osłabionego do światła naczyń skórnych w celu dalszego szerzenia się, które już w stosunkach fizyjologicznych odznaczają się znaczniejszą odpornością. To też skoro te warunki zostają zniesione przez przeszczepienie szczątków liszaja żrącego do przodkowéj komórki oka lub do jamy brzusznéj zwierzęcia, prątki zyskują na sile i wywołują ogólną gruźlicę.

Atoli nietylko anatomiczno-histologiczne stosunki, jak i wyniki z przeszczepień tkanki liszaja żrącego na zwierzęta, przekonywają nas o identyczności obydwu procesów chorobowych. W literaturze spotykamy się z wcale pokaźną ilością przypadków, gdzie w następstwie liszaja żrącego rozwinęła się gruźlica innych organów. I tak Doutrelepont [1]) opisuje przypadek liszaja żrącego u silnéj 18-letnéj dziewczyny w zakresie skóry twarzy i kończyn, w następstwie którego rozwinęła się: *Meningitis basilaris tuberculosa.* Sekcyja jako punkt wyjścia takowéj wykazała liszaj żrący na twarzy. Następnie tenże sam autor podaje 3 przypadki: α) u mężczyzny 46-letniego, gdzie w następstwie liszaja żrącego wystąpiła gruźlica kości, a potem ogólna gruźlica; β) u 36-letniego z liszajem żrącym pośladków, gdzie następnie wystąpiła gruźlica prawego jądra i *phthisis florida*; γ) u 40-letniéj choréj, gdzie po liszaju twarzy wystąpiła ogólna gruźlica.

König, Friedländer, Weinlechner [2]), Lallier, Quinquand, Journier, Demme wspominają, że dużo osób dotkniętych pierwotnie liszajem żrącym umiera następowo na gruźlicę organów wewnętrznych. Köbner wspomina o przypadku liszaja żrącego kończyn górnych, który następnie zakończył się gruźlicą płuc. Besnier [3]) na 38 przypadków liszaja żrącego dostrzegł 8 przypadków następowéj gruźlicy. Heiberg [4]) wspomina o jednym przypadku *Meningitis basilaris* po wilku. Hall opisuje przypadek, gdzie po liszaju żrącym i następowéj amputacyi nogi wystąpiło zapalenie gruźlicze opłucnéj (*Pleuritis tuberculosa*). Według Blocka więcéj niż u $^1/_4$ chorych liszaj żrący poprzedza ogólną gruźlicę. Nawet i gruźlicę prosówkową zauważył Aubert [5]) i Demme [6]) w 4-ech przypadkach w następstwie liszaja żrącego.

Ciekawym jest przypadek, jaki opisuje Leloir [7]) u dziecka 6-letniego z *lupus verrucosus*, który się wytworzył na skórze pomiędzy palcem środkowym a wskazującym ręki lewéj. Po roku na stronie zewnętrznéj przedramienia pojawiły się w tkance podskórnéj guzki wielkości orzecha laskowego, pozostające w połączeniu z pierwotnem ogniskiem liszaja żrącego przez twarde, postronkowato zwyrodniałe naczynia limfatyczne. Po kilku tygodniach na wewnętrznéj stronie tegoż przedramienia wytworzyły się świeże guzki, przyczem naczynia limfatyczne odpowiednie tak samo się zachowy-

[1]) *Fortschritte d. Med.*, Nr. 9, r. 1883. — [2]) *Klinische Beiträge zur Aetiologie u. Pathol. des Lupus vulg.*, *Vierteljh. f. Syph. u. Derm.*, p. 201, 1886. — [3]) *Zur Aetiologie des Lupus vulg.* v. Dr. A. Raudnitz, *Vierteljh. f. Syph. u. Derm.* s. 31, r. 1882. — [4]) *Zur Aetiologie des Lupus* v. Dr. E. Pantoppidan in Kopenhagen; *idem* s. 195, r. 1882. — [5]) *Fortschritte d. Med.*, p. 485, r. 1888. — [6]) *Lupus-Behandlung durch Kälte. Vierteljhsch. für Syph. u. Derm.*, p. 111, 1886.

[1]) *Ein Fall von Meningitis tuberculosa nach Lupus, Tuberkelbacillen im Blute. Deutsche medic. Wochsch.*, Nr. 7, r. 1885. — [2]) *Gerhardts Lehrbuch der Kinderkrankheiten*, VI. l. s. 129 i *Doutrelepont. Zur Aetiologie des Lup. vulg. Vierteljahrsch. f. Syph. u. Derm.*, p. 289, r. 1884. — [3]) *Annales de dermatologie et syphil.*, p. 383, r. 1884. — [4]) *Tuberculose in ihrer Ausbreitung*, Leipzig, 1882. — [5]) *Annales de Dermat. et Syphil.*, p. 133, r. 1883. — [6]) *Bericht der Thätigkeit des Jaunerischen Spitals*, 1883. — [7]) *Neue Untersuchungen über die Beziehung zwischen Lupus vulg. u. Tuberculose*, p. 701, r. 1886.

wały i dołączył się jeszcze obrzęk gruczołów chłonicowych łokciowych i pachowych. W kilku następnych tygodniach owe guzki rozpadły się, gruczoły pachowe powiększyły się do wielkości jaj gołębich, dołączył się obrzęk gruczołów podobojczykowych i można było skonstatować świeże zajęcie przyległego szczytu płuca lewego.

Demme[1]) opisuje przypadek, gdzie na dziecko trzechletnie gruźlica została zaszczepioną skutkiem przeniesienia takowéj z twarzy piastunki, dotkniętéj liszajem żrącym; u drugiego zaś dziecka, którego ojciec okazywał wybitne cechy skrofulozy, wystąpił w przebiegu kokluszu liszaj żrący na policzkach i na nosie; poczem następowo dołączyła się i gruźlica innych narządów wewnętrznych.

Nie mniéj ważnym dowodem, przemawiającym za równorzędnością liszaja żrącego z gruźlicą skóry, są statystyki kliniczne, wyświecające jego związek z skrofulozą, a względnie z gruźlicą. Prawie wszyscy klinicyści zgadzają się na to w większym lub mniejszym stopniu. I tak Auspitz[2]), Billroth[3]) Volkmann[4]) Piffard[5]) podnoszą zależność liszaja żrącego od skrofulozy. Pantoppidan[6]) z Kopenhagi podaje 59% liszaja żrącego na tle skrofulozy. Według Sachsa[7]) u 34·27% chorych można było wykazać zmiany gruźlicze w innych narządach przed rozpoczęciem się liszaja żrącego, a w 62·83% podczas trwania takowego. Neisser zwraca uwagę na częstość komplikacyi gruźlicy z liszajem żrącym. Według niego na 82 przypadków zmiany gruźlicze w innych organach (kościach, gruczołach, płucach) lokalizowały się w 34 przypadkach, t. j. 30·5% chorych okazywało cechy skrofulozy. Według Besniera[8]) u przeważnéj liczby chorych na liszaj żrący widoczny jest *habitus scrophulosus*. Demme podaje 37·2% obciążenia dziedzicznego gruźliczego u lupusowych, a Block w 33%[9]). Według Blocka w ³/₄ częściach t. j. w 79% chorzy na liszaj żrący okazywali gruźlicę w innych narządach. Bender[10]) na 374 przypadków liszaja żrącego w 99, to jest w 26·4%, mógł wykazać u chorych ślady po przebytéj skrofulozie lub obecną towarzyszącą gruźlicę, a w 9 przypadkach to jest w 2·6% związek bezpośredni między liszajem żrącym a gruźlicą skóry. Leloir na 26 chorych dotkniętych liszajem znalazł 11 z wybitnemi oznakami gruźlicy płucnéj, t. j. 42·7%, a jednego z zapaleniem gruźliczem stawów (*tumor albus*). Doutrelepont na 35 kobiet dotkniętych liszajem żrącym zauważył w 15 przypadkach gruźlicę t. j. w 42·%.

Najsłabiéj ten związek liszaja żrącego z skrofulozą zaznaczają Raudnitz i Kaposi,[11]) najdosadniéj zaś i może zbyt skrajnie Pick, który powiada: Skoro na szyi, policzku, brodzie gruczoł ropieje i następnie dobrowolnie przebije na zewnątrz i zagoi się przez bliznę promienistą, to w jeden lub dwa lata późniéj na miejscu téjże blizny lub w jéj otoczeniu powstaje pierwszy guzek liszaja żrącego. Również i po częstych nieżytach spojówki i nosa wytwarza się tamże późniéj liszaj żrący.

Zarzut, jaki przeciwnicy przyrody gruźliczéj liszaja żrącego podnoszą ze względu na charakter lokalny i przewlekły sprawy chorobowéj, również jest niedostateczny. W ostatnich czasach Paltauf i Riehl[1]) opisali 9 przypadków gruźlicy skórnéj, trwającéj od 2—15 lat i zachowującéj charakter czysto lokalny. W przypadkach tych wszystkich tkanki badane pod drobnowidem okazywały budowę gruźliczą oraz i dość mnogą ilość prątków. Dotyczyły one ludzi zdrowych, silnych od 19—45 lat liczących. W jednym przypadku, który zakończył się śmiercią, sekcyja nie wykazała, pomimo, iż gruźlica skóry trwała lat 15, ani jednego ogniska serowatego pośród narządów wewnętrznych, a śmierć nastąpiła skutkiem choroby Brighta. Dodać mi przytem należy, iż Paltauf przypadki przez siebie opisane odróżnia wyraźnie od liszaja żrącego, nie ze względu na istotę rzeczy, lecz ze względu na lokalizacyję obydwu procesów chorobowych co do pojedynczych warstw skóry.

Również Verneuil podaje przypadek dotyczący studenta medycyny zupełnie zdrowego, który ukłuwszy się w palec przy robieniu sekcyi osoby gruźliczej zauważył początkowo w miejscu ukłucia ropień drobny. Tenże pękł i pozostawił po sobie drobną wyniosłość guzkowatą, nieznacznie bolesną. Po 3 latach w temże samem miejscu wytworzył się wrzód gruźliczy, skrofuliczny i palec amputowano. Mimoto w następnych 3 latach wytworzyły się ropnie zimne w okolicy lędźwiowéj, które się wygoiły; ostatecznie dołączyła się gruźlica kości. Przypadki te dowodzą, że i typowa gruźlica, jeśli tylko nagabuje ustrój zdrowy, odporny, przez dlugi czas może być cierpieniem lokalnem.

Wreszcie w literaturze spotykamy się z dwoma przypadkami, opisanemi przez Doutrelepontа, w których obok charakterystycznego liszaja żrącego na twarzy wytworzyły się świeże owrzodzenia na skórze około ust, na błonie śluzowéj warg, dziąseł, policzków i języka, niewątpliwie cechy gruźliczéj, z licznemi prątkami gruźliczemi. U jednego z nich wytworzyła się i trzecia forma gruźlicy skóry, t. z. *scrophuloderma*. Obaj chorzy okazywali daleko posuniętą gruźlicę płuc. To równoczesne pojawienie się obok siebie procesów chorobowych przemawia również za identycznością takowych.

Z tych wszystkich dowodów wynika, iż liszaj żrący to lokalna gruźlica skóry, w któréj ilość jadu jest skąpa, w któréj jad ze względu na swoją siłę uległ pewnéj modyfikacyi, pewnemu osłabieniu. Kwestyja liszaja żrącego zbliżona jest bardzo do kwestyi kiłowéj, powiada Doutrelepont. I bardzo słusznie. Podobnie bowiem jak zmiany chorobowe w przebiegu kiły różnie się przedstawiają na skórze, co zależy od okresu takowéj, tak samo rzecz się ma i w przypadkach gruźlicy, która może występować albo pierwotnie, lub następowo jako przerzut w skórze. Przy liszaju żrącym zmiana gruźlicza pierwotnie lokalizuje się na skórze, a ustrój zazwyczaj zdrowy, a więc i odporniéj zachowuje się przeciw rozwojowi téjże, przezco przebieg bywa powolny, kilkunastoletni; w gruźlicy zaś skórnéj, występującéj w następstwie gruźlicy narządów wewnętrznych, ustrój jest bardzo osłabiony i bardzo mało odporny; stąd też ta sprawa gwałtownie i szybko

[1]) *Lupus u. Tuberculose, Viertjahrsch. f. Syph. u. Derm.*, p. 533, r. 1887. — [2]) *Realencyclopaedie* Eulenburgs, r. 1883.— [3]) *Monatshefte f. pract. Dermat.*. Bd. 4, p. 351. — [4]) *Lupus-Behandlung, weitere Beiträge* v. Piffard, *Vierteljahrsch f. Syph. und Derm.*, p. 128, r. 1880. — [5]) *Zur Aetiologie des Lupus* von Pantoppidan in Kopenhagen., *Viertjahrsch. f. Syph. u. Derm.*, p. 195, r. 1882. — [6]) *Beiträge zur Statistik des Lupus*, r. 1886 *idem*, p. 241. — [7]) *Lupus u. seine Behandlung, Vierteljahrsch. f. Syph. u. Dermat.*, p. 336, r. 1885. — [8]) *Klinische Beiträge zur Aetiologie u. Pathologie des Lupus vulgaris, Vierteljahrsch. f. Syph. u. Dermatolog.*, p. 201 r. 1886. — [9]) *Ueber die Beziehung des Lupus vulgaris zur Tuberculose, idem*, p. 702, r. 1886. — [10]) *Zur Aetiologie des Lupus vulg.* v. Raudnitz, *Viertelj. f. Syph. u. Derm.*, p. 31, r. 1882. — [11]) *Pathologie u. Therapie des Hautkrankeiten*, II. Auflage, Wien, 1883.

[1]) *Aus dem anatomisch pathologischen Institute des* Herrn Prof. Dr. H. Kundrath *Tuberculosis verrucosa cutis. Eine bisher noch nicht beschriebene Form der Hauttuberculose* v. Dr. G. Riehl u. R. Paltauf, *Vierteljahrsch. f. Syph. u. Derm*, p. 19 r. 1887.

występuje, a tem samem sprowadza i inne wejrzenie anatomiczne.

W końcu niech mi wolno będzie serdecznie podziękować Wmu Prof. Rosnerowi, a szczególnie Doc. Drowi Zarewiczowi za łaskawie udzielony materyjał — i szczere poparcie w niniejszéj pracy.

III. Z kazuistyki chorób moczopłciowych.

Podał

Dr. M. Misiewicz w Łodzi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 27).

Przystąpiłem do zbadania cewki, które wykazało obecność silnego zwężenia i niezwykłą nadczułość szyi pęcherza. Przez odbytnicę wyczułem twardy guz, wielkości jaja gołębiego, nierówny, z wydatnemi guzkami; obydwa zrazy gruczołu zlane ze sobą i ze zrazem średnim (*lobus Home*). W niektórych miejscach guza wyczuć mogłem mniéj lub więcéj wyraźne chełbotanie, a sam guz zdawał się być zrośnięty ze ścianą kiszki prostéj. Badanie wydzieliny cewki i osadu moczowego pod względem drobnoustrojów wykazało po 20-dniowéj hodowli w surowicy, przy t. 38° C. kolonije łuskowate, w 4 tym tygodniu hodowla znaczne zrobiła postępy; półkoliste łuski pozlewały się ze sobą i utworzyły się błonki, obok których powstały liczne delikatne białoćmawe punkty. Na agar-agarze i kartoflu hodowla dała wynik ujemny. Łuski, błonki i punkty składały się z półkolistych i esowato zgiętych linij, utworzonych przez drobnoustroje cienkie, drobne, 2—6 μ długości, $^1/_4$ ciałka krwi szerokie, lekko pozginane, nieruchome i opatrzone zarodnikami. Do badań drobnowidowych użyłem opisanego w poprzedniem spostrzeżeniu zabarwienia podwójnego Grama. Ponieważ trzykrotna hodowla dała mi wyniki jednoimienne, a szczepienie czystéj hodowli do przedniéj komórki oka królika wykazało po upływie 4-ch tygodni guzki serowate na otrzewny i bardzo liczne wykwity gruźlicze w gruczołkach kreskowych, w których znalazłem prątki gruźlicze, przyszedłem więc do przekonania, iż mam do czynienia z gruźlicą nerki i gruczołu krokowego (*Nephrophthisis et Prostatitis tuberculosa)*.

Zaleciłem choremu dla uspokojenia bólów i biegunki *narcoticum*, półkąpiele, ciągły pobyt na powietrzu, mleko. Po ustąpieniu napadu chory brał *ol. jecoris benzoici ferrati*. Z nadejściem lata wyjechał i straciłem go z obserwacyi.

Gruźlicę narządu moczopłciowego napotykamy częściéj daleko u mężczyzn niż u kobiet, a mianowicie stosunek ma się jak 16:10; żaden wiek nie jest od niéj wykluczonym, lecz przewagę posiada tu wiek dojrzały, jakto wykazali Roberts i Wood (*A treatise of a practice of medic.*, Philadelfia 1870 p. 622). Według Schmidtleina (*Ueber d. Diagn. d. Phthis tuberc. d. Harnwege Dissert.*, Erlangen 1862) przypadają 4 przypadki gruźlicy w 1-ym, 5 w 2-gim, 6 w 3-cim, 9 w 4-tym, 5 w 5 tym, a 6 w 6-tym dziesiątku lat życia; pojedyncze przypadki spostrzegano i w późniejszym wieku. Choroba rozwija się albo samodzielnie w nerkach, lub co częściéj u mężczyzn, przechodzi z narządu płciowego, gdy ogniska zapalne podległą przeistoczeniu serowatemu, a to śród niesprzyjających warunków hygienicznych, u osób wycieńczonych, w mieszkaniach wilgotnych pozbawionych światła i świeżego powietrza, w aresztach, więzieniach i fabrykach pełnych kurzu i dymu, przy jednoczesnem złem odżywianiu i braku ruchu na świeżem otwartem powietrzu, obok przygnębienia moralnego, stałych przeziębień, skłonności do suchot w ogóle i t. d.

Objawy z początku bardzo nieznaczne i snadnie odniesionemi być mogą do zwykłego przewlekłego zapalenia lub powoli wytwarzającego się guza, czasem i tego brak. Zmiany w moczu także nie są bardzo widoczne, gdyż druga nerka może funkcyjonować normalnie, albo też przy zajęciu gruźlicą obu nerek sprawa nie doszła jeszcze do rozpadu nagromadzonego w nich wysięku gruźliczego. Meckel (*Handb. d. Pathol. Anat.* II. S. 383) twierdzi, iż ropienie w gruźlicy narządu moczopłciowego występuje bardzo późno i w małéj ilości, albo wcale się nie zjawia i że nawet przy obustronnem zajęciu nerek przez gruźlicę mocz wydziela się bez zmian, tylko ilość jego się zmniejsza znacznie. Zwykłem jednak zjawiskiem bywa obecność ropy i krwi, lecz czas, w którym się te przymieszki pokazują, jest bardzo rozmaity: albo w samym początku cierpienia pokazuje się krew albo wcale się nie spostrzega krwawienia w całym przebiegu gruźlicy, to znowu przeważnie występuje ropa, lub płyn śluzowy zmięszany ze krwią i o wysokim ciężarze gatunkowym, jak to opisał Magnan (*Gazette hebdomad.*, 1887, Nr. 25). Prócz tego napotykamy w takim moczu cylindry, ciemno zabarwione krwią, ziarniste, lub w stanie przeistoczenia woskowatego, a także nabłonek pęcherza i miedniczek nerkowych w stanie zmętnienia ziarnistego w wysokim stopniu, nadto rozpad drobinowy, a w osadzie moczowym gęsty ciągnący się śluz, wraz z włóknami elastycznemi tkanki łącznéj. Najważniejszym jednak objawem są nierozpuszczalne w kwasie octowym, większe lub mniejsze serowato przerodzone beleczki i strzępki, wielkości główki szpilki, złożone z rozpadu drobinowego włókien elastycznych, które Fürbringer uważa za cechujące gruźlicę dróg moczowych.

Bóle, jakich chorzy doznają w okolicy lędźwiowéj, przypisać musimy w pewnéj mierze zatkaniu moczowodów masą rozpadową i utrudnionemu przez to wydalaniu moczu, gdyż takowe ustają po każdem obfitszem wypróżnieniu, gdy czopek, zatykający moczowód, zostanie wydalonym. Gdy moczowody, w miejscu ich ujścia do pęcherza, niezajęte są sprawą niszczącą, wtedy mocz, który wydalał się czystym, nagle staje się mętnym i zawiera obfitą przymieszkę ropy, w chwili, w której czopek, zatykający moczowód, został siłą moczu uniesionym. Mosler (*Arch. f. Heilk.* 1873, p. 209) i Virchow (*Geschwülste* II., p. 655) spostrzegali też przypadki gruźlicy nerek bez żadnego bólu przebiegające.

Im większa część nerki podlegnie zniszczeniu, tem mniejsza będzie ilość moczu, a jeśli sprawa rozprzestrzeni się na pęcherz, wtedy wystąpią palące bóle i parcie przy każdem oddawaniu moczu, pęcherz słabnie, mocz zatrzymuje się i naciskając na szyję pęcherza wywołuje w nim przekrwienie bierne, wzgl. obrzęk i zupełne wstrzymanie moczu. Mohr (*Beiträge z. path. Anat. d. H. Kitzingen*, p. 256) spostrzegał raz w gruźlicy nerek zupełną niemożność utrzymania moczu. Podobny przypadek opisuje Mosler (l. c.), gdzie wskutek nacieczenia serowatego w ścianie pęcherza i zniszczenia ściany, wytworzyła się przetoka pęcherzo-pochwowa. W spostrzeżeniu Hubera (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* IV., S., p. 609) obok gruźlicy nerek istniało nadzwyczaj silne parcie na mocz i podejrzywano gruźlicę pęcherza; sekcyja jednak stwierdziła zupełny brak zmian gruźliczych w pęcherzu, tylko stwierdzono silne przekrwienie naczyń w t. z. *vessie à colonnes* tak, iż z lokalnych objawów, choćby najcięższych, o umiejscowieniu choroby w tym razie nic wnosić nie mamy prawa. Co się tyczy wytwarzania się guza, który n. p. przy raku lub mięsaku nerek dochodzi nieraz do olbrzymiéj wielkości, to takowego w gruźlicy nerek albo wcale wyczuć nie jesteśmy w stanie, lub w bardzo małym stopniu, a przypadek Rillieta i Bartheza (*Malad. d. enfants.* 2 Edit. III., p. 852), gdzie raz dochodził wielkości główki dziecka i okolica lędź-

wiowa była wzniesiona, bolesna i zaczerwieniona, uzasadnić można tylko czasowem rozszerzeniem i wypełnieniem miedniczek, wskutek obturacyi bardzo wązkiego u dzieci moczowodu.

Cierpienie miejscowe nie pozostaje bez wpływu na stan ogólny: rozwija się gorączka trawiąca, wstrząsające dreszcze, poty nocne, upośledzone trawienie i inne objawy charłactwa i wycieńczenia gruźliczego. Niedługo daje na siebie czekać i biegunka, bądź wskutek zajęcia sprawą sąsiednich pętli kiszek, bądź bez téj komplikacyi i pozbawia nas do reszty nadziei wyleczenia. Przypadek Ammona i Lundberga (*Schmidts Jahrb.* 91, p. 74), gdzie u $3\frac{1}{2}$ letniéj dziewczynki, w gruźlicy nerek istniał doskonały apetyt i dobre trawienie, jakoteż przypadki, gdzie ogniska serowate otworzyły się po części do worka otrzewnéj, po części do kiszki grubéj, wreszcie otorbienie i zwapnienie tychże ognisk, zaliczyć musimy do rzadkości.

Rozpoznawanie przedstawia więc liczne szkopuły: dobrze jeśli dowiedzionem było, iż zapalenie nerek powstało po wyłuszczeniu jądra, w produktach którego stwierdzoną została obecność prątków gruźliczych, lub jeśli istniał w okolicy nerek ropień zimny; lecz jeśli nie ma tych danych, a w osadzie moczu lub w wydzielinie cewki prątków gruźliczych wykazać się nie dało, wtedy szukać musimy innéj podstawy dla prawdziwego rozpoznania. Guz gruźliczy rozróżniamy od raka mniejszą jego objętością, późniejszem obrzękaniem gruczołów kreskowych i chłonnych, a wczesnem obrzękaniem kończyn dolnych. Rak wypełnia powoli całą przestrzeń między łukiem żeber i grzebieniem górnym kości biodrowéj, potem rozrasta się ku przodowi w kierunku do pępka, a następnie ku górze do podżebrzu i na dół do jamy miednicy. Zwykle na całéj rozciągłości guza mamy wypuk tępy, mówię zwykle, gdyż guzy, rozrastające się ku przodowi, pokryte pętlami kiszek, nie dają przy wypukiwaniu żadnych pewnych objawów i wtedy na samym guzie mamy oddźwięk bębenkowy. Przy guzach prawéj nerki kiszka cienka zostaje odsunięta na lewo, kiszka zaś gruba i dolna część kiszki wstępującéj leżą zewnątrz guza, a górna część téj ostatniéj odepchniętą zostaje ku górze i na prawo i przebiega skośnie nad guzem. Przy nowotworach lewéj nerki jelita cienkie i kiszki zstępujące leżą stale między guzem a ści ną brzuszną, ztąd przy wypukiwaniu zawsze mieć będziemy odgłos bębenkowy. W gruźlicy udaje się nam też wyczuć kiszkę grubą w postaci wyniosłości cylindrycznéj, jeśli jednak guz jest większéj objętości, wtedy ściany kiszki, wskutek ciśnienia, przylegają do siebie i przy opukiwaniu otrzymujemy odgłos tępy, czego w gruźlicy nigdy nie bywa. Guzy większe są nieruchome, nawet przy silnem wznoszeniu się przepony i o tyle tylko poruszyć je możemy, o ile pozwalają na to zrosty z sąsiedniemi narządami; przeciwnie, w gruźlicy, jeśli tylko guz przystępnym jest macaniu, zawsze ruchy jego będą swobodne, a co najmniéj możliwe. Guz gruźliczy ma wejrzenie nie równe, ogórkowate, kanciaste, guz rakowaty ma postać więcéj zaokrągloną lub zrazowatą, bez żadnych wyraźnych wyniosłości. Guzy rakowate rzadko dają uczucie chełbotania, guzy gruźlicze częściéj. Krwawienie przy raku występuje rzadko, ale obficie, w gruźlicy często, ale w niewielkiéj ilości i ciałka krwi są po większéj części w stanie zmienionym, przy raku zaś wydziela się świeża krew, z ciałkami nie podległemi rozpadowi. Bóle podczas krwotoku przy raku nie istnieją lub w słabym stopniu, w gruźlicy powiększają się, a w kamicy występują w silnych napadach, ustępujących po wydaleniu kamieni z miedniczek lub moczowodów do pęcherza. Wreszcie przy raku znajdujemy w moczu charakterystyczne elementy rakowe, to jest strzępki błony śluzowéj, podległe przerodzeniu rakowemu, z wyraźną budową gronkowatą (*alveolae*). Obecność wreszcie prątków gruźliczych stanowczo przemawiać będzie za gruźlicą itd.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Przyczynek do onkologii powiek.

Podał
Dr. med. Konrad Rumszewicz w Kijowie.

(Dok. Patrz Nr. 28).

5) Gruczolak zmienionych gruczołów potowych (Waldeyer) brzegu powieki. J. Z. 25-letni mężczyzna. Powieki i cała spojówka obu gałek zupełnie prawidłowe; uskarża się na brodawkę znajdującą się na brzegu prawéj górnéj powieki, którato brodawka, jak utrzymuje, powstała w ciągu ostatniego roku. Znajduje się ona o 1 ctm. ku zewnątrz od punkciku łzowego, w samym środku pomiędzy zewnętrzną a wewnętrzną krawędzią brzegu powieki. Barwy blado różowéj, dość miękka. długości ma 2·5 mm., natomiast jest bardzo cienka 1 mm., wysokość ponad brzegiem powieki wynosi 1·5 mm. Wyciąłem nowotwór wraz z cienką warstwą otaczających go tkanek ku przodowi, wyciąłem kilka rzęs warstwy wewnętrznéj, gdyż takowe zupełnie do nowotworu przytykały, przy wykonaniu zaś cięcia tylnego pamiętałem, aby w miarę możności nie uszkodzić nietylko przewodów gruczołów Meiboma, w których żadnych zgoła zmian podejrzywać nie mogłem, lecz nawet zrazików bardziéj ku zewnątrz położonych, a to z powodu, że odległość tylnego brzegu nowotworu od otworów przewodów gruczołów Meiboma była dość znaczną. Ku górze posunąłem cięcia przeszło o 2 mm. Po wycięciu nowotworu, na przedniéj powierzchni jego spostrzegłem kilka cebulek rzęs, na tylnéj zaś śladu łoju nie było, cięcie więc tylne bynajmniéj nie sięgało warstwy gruczołów Meiboma. Na dolnéj powierzchni wyciętego guza spostrzegłem kilka znacznéj wielkości otworów, w których ze względu na miejsce, gdzie się guz znajdował, mianowicie pomiędzy warstwami rzęs a przewodów gruczołów Meiboma, poznałem otwory zmienionych gruczołów potowych (Waldeyer) brzegu powiek. Badanie drobnowidowe wykazało: cięcia poprzeczne części wyciętéj przedstawiają się jako nieprawidłowe czworoboki, znacznie węższe ku górze, niż obok brzegu swobodnego powieki. Brzeg ten przedstawia się znacznie zgrubiałym, nabłonek ma wyraźne cechy naskórka z wielu warstw komórek rogowych utworzonego; brodaweczki skóry znacznie powiększone. W przedniéj warstwie nowotworu znalazłem w kilku miejscach cebulki rzęs, zaś obok nich bardzo nieliczne i jakby zanikłe gruczoły łojowe. Otwory, które na dolnéj powierzchni guza gołem okiem spostrzegłem, pod mikroskopem przedstawiały się jako bardzo znaczne; wyściełał je obok brzegu nabłonek posiadający komórki łojowe, daléj nieco stawały się w wielu razach widocznemi wysłane nabłonkiem walcowatym przewody zmienionych gruczołów potowych. Gruczołów łojowych, z któremi, jak wiemy, nieopodal brzegu powieki łączą się przewody zmienionych gruczołów potowych, wcale nie znalazłem, jakkolwiek rozłożyłem na cięcia guz calutki. W górnéj części nowotworu znalazłem tylko tkankę łączną, która też tworzyła cienkie warstwy na tylnéj (wewnętrznéj) i zewnętrznéj powierzchni tegoż, pozostała zaś część nowotworu ku dołowi do samych prawie brodaweczek swobodnego brzegu powieki, czyli właściwie cała masa nowotworu składała się z tkanki gruczołowéj, która tworzyła pola rozmaitéj wielkości, przeważnie bardzo małe, a pośród niezbyt obfitéj tkanki łącznéj położone. Pola zawsze prawie były okrągłe, w niektórych tylko miejscach przybierały kształt walcowaty. Światło spostrzegałem w nich bardzo rzadko i przeważnie tylko w pobliżu przewodów gruczołów, z któremi też na wielu wyrobach widziałem wyraźne ich połączenie. Te mianowicie pola składały się z komórek wyraźnie walcowatych, w innych zaś, które światła zupełnie były pozbawione, znajdo-

wałem komórki kształtu nieprawidłowego, ku obwodowi płaskie, ku środkowi okrągłe.

6) Skórzak powieki dolnéj. K. C., 47-letni. Cokolwiek ku zewnątrz od rzęs w skórze prawéj dolnéj powieki w samym środku jéj znajduje się okrągły, twardy, zupełnie biały utwór, wielkości małego grochu. Utwór powstał w ciągu roku, chociaż chory dodaje, że poprzednio na miejscu nowotworu zawsze spostrzegał białą plamkę. Badanie drobnowidowe wykazało: nowotwór pokrywa zwyczajna, zgrubiała nieco skóra; warstwa dość gruba właściwéj skóry tworzy woreczek dokoła nowotworu. Od strony skóry, w samym środku nowotworu, wstępuje do istoty tegoż dość rozwinięty czopek, który dochodzi prawie do tylnéj (wewnętrznéj) ściany nowotworu, tworząc w ten sposób jakby trzonek, na którym cały nowotwór jest osadzony. Czopek najzupełniéj przypomina bardzo wybujały, zwykły czopek nabłonkowy *rete mucosum* Malpighii. Dokoła czopka znajduje się kilkanaście torebek włosowych, a w nich bardzo nędznie rozwinięte włoski (mech), które nie wychodzą nad powierzchnię skóry. Torebki są ułożone w kierunku promienistym, a podstawy ich bardzo zbliżone do ściany wewnętrznéj woreczka nowotworu. Nie tylko potowych, lecz nawet łojowych gruczołów wcale nie znalazłem. Przestrzeń, niewielką zresztą, pomiędzy woreczkiem nowotworu, a torebkami włosków wypełnia dość zwięzła tkanka łączna. Ku tyłowi i ku dołowi od opisanego nowotworu znalazłem gniazdo nieustępujące mu pod względem wielkości tkanki ziarninowéj, zupełnie przypominające węzeł jęczmyka stwardniałego.

Przypuszczam, że nowotwór stanowił początkowo zwykły skórzak, od roku zaś znacznie wysunął się ku zewnątrz prawdopodobnie wskutek powstania w istocie powieki jęczmyka stwardniałego.

7) Śluzak prawéj górnéj powieki. P. R. 28-letnia. Obok brzegów górnych obu rogówek spostrzegamy zamglenia w postaci sierpów, na fałdach przejściowych obu górnych powiek wyraźne blizny. Jakoż chora w istocie dopiero od pięciu lat czuje się co do oczu względnie zdrową, poprzednio zaś cierpiała nieustannie w ciągu dziesięciu lat. Obecnie zasięga rady z powodu guza, który powstał od roku przeszło na brzegu prawéj górnéj powieki, tuż obok punkcika łzowego, od bliżéj wewnętrznéj krawędzi. Guz jest blady, miękki, ma długości około 2 mm., wysokości również około 2 mm., podstawa jego jednak jest krótszą od swobodnego grzebienia, który przy zamykaniu powiek przykrywa górny punkcik łzowy, a wskutek tego chora doświadcza bardzo przykrego łzotoku. Po wycięciu nowotworu, znalazłem następującą budowę: Przykrywał go nabłonek cokolwiek zgrubiały, lecz zresztą nie różniący się od nabłonka wewnętrznéj krawędzi brzegu powieki. Od swobodnéj powierzchni guza udają się do istoty tegoż wyrostki nabłonka, tworząc w ten sposób, jakby pionowe słupki, dość prawidłowe, a pozbawione ku wewnątrz wszelkiego wiązania. Pomiędzy słupkami znajdujemy istotę międzykomórkową w bardzo słabym stopniu załamującą światło, a w niéj nieliczne komórki, niekiedy okrągłe, lecz przeważnie wrzecionowate i gwiaździste. W kierunku ku podstawie guza tkanka śluzowa przeistacza się w zwykłą tkankę łączną. Naczynia krwionośne bardzo są nieliczne i znajdują się li tylko w pobliżu podstawy guza. W istocie tkanki śluzowéj, bliżéj swobodnéj powierzchni, napotykałem drobne utwory torbielowe, wysłane komórkami śródbłonka.

8) Brodawczak brzegu prawéj górnéj powieki. A. S., 22-letni mężczyzna. Gałki i spojówka zupełnie prawidłowe. W środku prawéj górnéj powieki, cokolwiek ku wewnątrz od rzęs, znajduje się brodawka spłaszczona w kierunku od przodu ku tyłowi, 2 mm. długa, cokolwiek mniéj szeroka, brzeg jéj niegładki, jakby zębowaty. Brodawka wyrosła w ciągu czterech lat, że zaś wywoływała nieprzyjemne uczucie przy zamykaniu powiek, przeto wyciąłem ją wraz z cząstką skóry otaczającéj. Na cięciach poprzecznych (wzgl. podłużnych) budowę znalazłem bardzo prostą: przedstawiała się brodawka w postaci liścia, złożonego z pięciu mniejszych, a mających kształt podługowaty. Ku zewnątrz otaczała go dokoła bardzo gruba warstwa przyskórka. Istota składała się z dość luźnéj tkanki łącznéj, nieliczne naczynia krwionośne zawierającéj. Gruczołów w brodawce wcale nie znalazłem.

9) Gruczolak gruczołu Meiboma. S. Z., 24 letni. Gałki i spojówka zupełnie prawidłowe, również obie lewe i prawa dolna powieki. Na prawéj górnéj powiece, o 4 mm. wyżéj brzegu swobodnego, spostrzegamy guz wielkości drobnego grochu, dość miękki, ściśle zrośnięty z chrząstką, natomiast skóra jest nad nim zupełnie swobodnie przesuwalną. Przy odwróceniu powieki na spojówce bladego miejsca nie znalazłem, postanowiłem więc nie uciekać się do ostréj łyżeczki, lecz wyciąć guz całkowicie, przez cięcie w skórze wykonane; przytem naturalnie wyciąłem również przyległą do guza część chrząstki. Badanie drobnowidowe wykazało: na wewnętrznéj powierzchni guza znajduje się prawidłowa tkanka chrząstki powiek, wraz ze zrazikami gruczołów Meiboma. W kierunku ku przodowi spostrzegamy pętle przez tkankę łączną utworzone, w bardzo zaś wielu miejscach w istocie pętel znajdujemy zupełnie niezmienione pęczki włókien mięśnia okrężnego powiek; pomiędzy włóknami tkanki łącznéj znajdujemy wielką obfitość komórek. Pomiędzy pętlami spostrzegamy pola rozmaitéj wielkości i kształtu. Największe z pomiędzy nich, okrągłe, są znacznie mniejsze od zrazików gruczołów Meiboma; inne mają kształt podługowaty lub nawet walcowaty. Wszystkie pola składają się wyłącznie z komórek nabłonkowych. Niektóre okrągłe pola pod względem budowy bynajmniéj się nie różnią od prawidłowych zrazików gruczołów Meiboma, z tą chyba różnicą, że w obwodowéj części znajdujemy nie jedną lub dwie, lecz kilka warstw komórek walcowatych, sześciennych lub nawet okrągłych, w środku zaś spostrzegamy jak zwykle w tych gruczołach zwyrodniałe tłuszczowo komórki. Takie pola znajdujemy przeważnie w częściach obwodowych guza, przeciwnie, bliżéj ku środkowi tegoż w okrągłych polach, które są już znacznie mniejsze, nie spostrzegamy częstokroć ani śladu komórek tłuszczowemu zwyrodnieniu uległych. Obwodowa warstwa składa się tu z komórek walcowatych, środek zaś wypełniają komórki okrągłe. Taką samą budowę miały pola podługowate, przeciwnie pola walcowate składały się wyłącznie z komórek okrągłych, a światła nigdy w nich nie widziałem. Wreszcie w najgrubszéj części guza znalazłem bardzo gruby przewód gruczołu Meiboma, który posiadał nadzwyczaj małe światło, tak dalece było znaczną grubość ścian jego. Otóż ściany te łączyły się bezpośrednio zarówno z okrągłemi polami o budowie zrazików gruczołów Meiboma, z tą chyba różnicą, że zwyrodniałe tłuszczowo komórki znajdowały się tylko w samym środku pola, lub też wcale ich nawet nie było, jakoteż z polami walcowatemi, których budowa, jak wspomniałem już wyżéj, była zupełnie odmienną od budowy zrazików lub też przewodów gruczołów Meiboma. Nadto na ścianach przewodów w wielu miejscach widziałem jakby półkoliste przydatki okrągłych komórek złożone. Tak dalece widocznym był w danym przypadku przerost gruczołów Meiboma, zaś zjawiska spostrzegane bardzo przypominają sprawę rozwoju gruczołów u zapłodka, jakoteż zmiany opisane w gruczołach przy urazowem ich zapaleniu przez Podwysockiego (o odradzaniu nabłonka gruczołów Meiboma. *Wiestnik oftalmologii* 1886, po ros.).

V. Broń palna Manlicherowska a przyszła wojna.

Podał
Dr. Józef Bogdanik,
prymaryjusz szpitala pow. w Biały.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28).

8) A. D., wyrobnik fabryczny, z Rybaszowic, lat 20, doznał postrzału z tyłu po prawéj stronie kręgosłupa. Przybywszy do szpitala okazywał bardzo słabe tętno, gwałtowne wymioty, ból w żywocie i ustawicznie żądał, aby mu brzuch rozpruć. Ranę postrzałową opatrzono antyseptycznie; wewnętrznie podano koniak, wodę laurową z kokainą i morfiną, pigułki lodowe. Trzeciego dnia po uszkodzeniu podniosła się ciepłota do 39·0° C., tętno 120, ciągłe wymioty, brak stolca i wiatrów, bębnica, ból w żywocie mniejszy. Nazajutrz t. j.

26/4 ciepłota 37·5° C., opatrunek nieco przesiąknięty zmieniono. Po lewatywie z jednego litra letniéj wody nie było stolca, tu i owdzie odchodzą wiatry, bębnica. W dniu 27/4, ciepłota 37·7° C., tętno bardzo słabe uderza 126 razy na minutę, wymioty kałowe, żółtaczka, język obłożony, ale wilgotny. Śmierć nastąpiła o 8-méj wieczór, to jest w cztery doby po doznanym postrzale.

Sekcyja: Z tyłu, 6 cm. na prawo od kręgosłupa w wysokości 11-go żebra okrągła rana o średnicy 6 mm. z małą obwódką nekrotyczną. Kanał postrzałowy przechodzi przez przeponę, dolny brzeg nerki prawéj nieco skośnie od tyłu i zewnątrz ku przodowi i górze, następnie przez dolną część prawego płatu wątroby, w której tworzy kanał zmiażdżonego miąższu w kształcie trójściennéj piramidy, która ma podstawę 2 cm. i wchodzi wierzchołkiem na 4 cm. w miąższ wątroby. Na końcu kanału znaleziono kawałeczek ołowiu. Między nerką prawą a torebką są skrzepy krwi. Ogólne zlepne zapalenie otrzewnéj.

9) M. S., brukarz, z Kóz, mający lat 31, dobrze zbudowany, żonaty, doznał rany postrzałowéj z odległości 70 kroków. Eliptyczna rana postrzałowa, mająca 6 mm. w średnicy, znajduje się w prawéj linii pachowéj przedniéj tuż poniżéj łuku żebrowego. Wystrzał nieco gwiazdkowaty w okolicy nerkowéj lewéj. Wymioty, ból brzucha. Kończynami dolnemi nie może władać, czuje w nich jednak znaczny ból. Ukłócie szpilki wyczuwa po stronie prawéj dopiero powyżéj kolana, po stronie lewéj od $^1/_3$ dolnéj części podudzia. Mocz odchodzi mimowolnie. Rany opatrzono jodoformem. Dnia 24/4 ciepłota w pasze 38·5° C., tętno 108. Dnia 25/4 C. 38·0° C., t. 108. Dnia 26/4 C. 39·0° C., t. 96. Wymioty ustały. Stolca ani wiatrów nie było, bębnica. Opatrunek po stronie prawéj nie cuchnący, lecz mocno przesiąknięty przeważnie surowicą krwi i żółcią zmienioną. Dnia 27/4 c. 38·0° C., t. 192. Stan ten sam. Dnia 28/4, c. 38·0° C., t. 90. Stan ogólny lepszy w nocy nieco spał, wymiotów nie było, bębnica mniejsza, brzuch mniéj bolesny. Stolce i wiatry się pojawiły. Czucie w kończynach dolnych powraca. Ruchy niemożebne. Dnia 29/4 tętno bardzo słabe 96, ciepłota 37·5° C. Opatrunek zmieniono. Rana po prawej stronie wydziela dość ropy z żółcią i gazami, z niéj wydobyto strzępek zgorzelinowy kształtu i długości średniego palca. Do rany wstrzyknięto zawiesinę jodoformową. Dn. 30/4, t. 96, c. 37·5° C. Po olejku rącznikowym nastąpiło kilka wypróżnień. Tętno lepsze. Dnia 1/5, t. 120 bardzo słabe, c. 40·0° C. Obfite mocno cuchnące stolce, zawierające płynną i skrzepłą krew. Zadano po 10 kropli *Tinct. opii*, *extr. hydrast. canad.*, daléj morfinę i wodę wawrzynowiśniową. Dn. 2/5 poprawiło się tętno 96, c. 37·5° C. Dnia 3/5, t. 102, c. 38·6° C. Opatrunek zmieniono. Stolca nie było, wiatry odchodzą. Dn 4/5, t. 108, c. 38·0° C. Trzy krwawe, mocno cuchnące stolce. Dnia 5/5, t.20, c. 38·0° C. Stan ten sam. Dn 6/5, t. 108, c. 38·0° C., zmieniono opatrunek. Czucie kończyn dolnych zupełnie wróciło. Dnia 7/5, tętno 102, c. 38·0° C. Język suchy. Stolec czarny. Dnia 8/5, t. 120, c. 38·5° C. Ciągłe rozwolnienie. Dnia 9/5, t. 120, ciepłota 39·0° C. Opatrunek zmieniono. Dnia 10/5, tętno 132, c. 39·2° C. Język suchy. O godzinie 9-téj wieczór zejście śmiertelne.

Sekcyja: rana okrągła gładka o średnicy $1^1/_2$ cm. tuż poniżéj prawego łuku żebrowego w linii pachowéj przedniéj. Dolny brzeg prawego płatu wątroby przedarty na przestrzeni 3 cm. Kiszka gruba wstępująca okazuje sześciokrotne przedziurawienie drożne dla palca, kanał postrzałowy przechodzi następnie przez krąg lędźwiowy 3 ci i rdzeń pacierzowy bez naruszenia nerki lub otrzewny po stronie lewéj, wyrostek boczny prawy zupełnie od kręgu oderwany. Ogólne zlepne zapalenie otrzewny (bez ropy). Po stronie prawéj poza otrzewną rozciąga się sposoczenie począwszy od 10 go żebra aż do miednicy na około mięśnia lędźwiowego *psoas*). W posoce leży 15 cm. długi strzępek zgorzelinowy. Po lewéj stronie kręgosłupa na około kanału postrzałowego jest zposoczałe ognisko wielkości jaja kurzego. Rana na skórze po lewéj stronie zupełnie zabliźniona. W obu szczytach płuc opłucna płucna z opłucną żebrową zrośnięta za pomocą starych błon rzekomych. W miąższu płuc w szczytach drobne nacieki serowate.

Oprócz tych sekcyj dokonanych na zmarłych wskutek ran postrzałowych dokonałem sekcyi na czterech poległych, a mianowicie:

10) J. I., 27 lat liczący, wyrobnik fabryczny, z Lipnika, znaleziony został nieżywym z rana dnia 24/5, 1890 r. Tenże ma ranę okrągławą po stronie lewéj na 10 cm. powyżéj kolca górnego przedniego (*spina anterior superior*), mającą 6 mm. w średnicy o brzegach gładkich, a drugą ranę o brzegach gwiazdkowatych nieco ku górze i na zewnątrz od kolca górnego przedniego po stronie prawéj. Po otwarciu jamy brzusznéj widać w niéj dość znaczną ilość płynnéj i skrzepłéj krwi, na otrzewnéj ściennéj w przedłużeniu w miejscach odpowiadających ranom w skórze są otwory dla małego palca drożne. W mięśniach na około ran podbiegnięcia krwią. Trzewa nie uszkodzone.

11) W. A. z Łękawicy, liczący lat 20, doznał rany postrzałowéj głowy i następnie padł na miejscu. Na szczycie głowy ubytek części miękkich sklepienia czaszki opon mózgowych i miąższu mózgu z szczytów obu półkuli. Kość czołowa ku dołowi promienisto popękana, kość potylicowa w różnych kierunkach pęknięta. Miąższ mózgu na szczytach półkuli zmiażdżonych zawiera kawałeczki kości.

12) M. S., robotnik fabryczny z Lipnika, mający l. 32. W linii sutkowéj lewéj pomiędzy 9 tem a 10-tem żebrem jest rana nierówna $1^1/_2$ cm w średnicy mająca, z któréj sterczy kawałeczek krezki. W jamie otrzewnowéj znaczna ilość płynnéj i skrzepłéj krwi i nieco kału. Górna ściana kiszki poprzecznéj (*colon transversum*) rozdarta na przestrzeni 15 cm. Dolny brzeg prawego płatu wątroby poszarpany. Pocisk stanowiący osłonkę stalową niekształtnie wygięta bez jądra ołowiowego utkwił pod skórą w linii pachowéj tylnéj, po stronie prawéj między żebrem 9-tem a 10-tem. Inne narządy jamy brzusznéj nie uszkodzone.

13) J. G., 18-letni robotnik fabryczny z Lipnika. Na tyłoglowiu, nieco po prawéj stronie jest u podstawy czaszki rana trójkątna, o brzegach gładkich, długich po 1 cm. Czepiec w okolicy rany podbiegnięty krwią. Między oponami a mózgiem mierna ilość krwi nieco więcéj u podstawy czaszki. Kość potylicowa jest zygzakowato pękniętą od *crista ossis occipitalis interna*, skąd pęknięcie idzie ku lewéj kości skroniowéj. Od dziury dużéj (*foramen magnum*) jest pęknięcie na 2 cm. długie ku stronie prawéj. Opony i mózg nienaruszone. Po nad prawą brodawką sutkową widać ranę okrągławą, o brzegach nierównych 7 mm. w średnicy mającą. Z tyłu widać skrzywienie kręgosłupa (*kypho-scoliosis*) i ranę 1 cm. średnicy mającą w wysokości 9 go kręgu piersiowego. Kanał od téjże rany między lewym wyrostkiem bocznym a kolczastym przechodzi pomiędzy krąg piersiowy 9-ty a 10-ty ku górze przez górny płat płuca prawego, w którym jest otwór dla palca drożny, daléj w 4-tym żebrze jest otwór również dla palca drożny. W prawéj jamie opłucnowéj po części płynna, po części skrzepła krew.

W dalszym ciągu streszczam historyje chorych, którzy się wyleczyli:

14) M. T., robotnik fabryczny z Buczkowic, mający lat 34, doznał rany z odległości 80 kroków w łydkę lewą. Rana mniéj lub więcéj w połowie podudzia na powierzchni wewnętrznéj całkiem okrągła, mająca 5 mm. w średnicy z obwódką wąziutką. Po stronie zewnętrznéj téjże łydki w jednym niemal poziomie rana, mająca 7 mm. w średnicy, o brzegach ząbkowatych. Do szpitala zgłosił się w 12-cie godzin po doznanem uszkodzeniu, gdzie mu po obmyciu ran sublimatem $^1/_2$ ‰ założono opatrunek jodoformowy. Gojenie się ran nastąpiło prawie bez ropienia. Z rany na wewnętrznéj powierzchni podudzia oddzieliła się obwódka po 10-ciu dniach, a w dniu 19/5 opuścił zakład wyleczony.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Dr. Levy: **O zakażeniu śródmacicznem pneumokokami.**

Kobieta 30-letnia w 9-tym miesiącu ciąży zapadła na obustronne włóknikowe zapalenie płuc z następowym otokiem ropnym opłucny lewéj. Tuż przed śmiercią urodziła dobrze

rozwinięte dziecko, które po kilku dniach również umarło, a sekcyja wykazała u niego rozległe zapalenie płuc zrazowe. Tak w ropie, którą za pomocą punkcyi wydobyto z opłucny jeszcze żyjącéj matki, jako też we krwi dziecka znaleziono obfite pneumokoki Fränkla. Z tego wynika, że koki te musiały dostać się z krwi matki wprost do krwi dziecka. (*Arch. f. Pathol. u. Pharm.* 1889). *Dr. Süsskind.*

Patologija.

Sprawozdanie drugiéj komisyi zebranéj celem zbadania wpływu chloroformu na ustrój.

W r. 1888 zebrała się z inicyjatywy Lawrie'a komisyja w Hyderabadzie, mająca na celu zbadać przyczyny śmierci chloroformowéj. Komisyja ta orzekła na podstawie doświadczeń wykonanych na 141 psach, że wziewania chloroformu u psa nigdy nie są w stanie wywołać śmierci zwierzęcia, dopóki zwraca się baczną uwagę na jego oddechanie. Ponieważ w Anglii wielu autorów a między nimi i komisyja Glasgowska twierdziła, że chloroform często poraża czynność serca i tu leży wielkie niebezpieczeństwo jego zastosowania, zebrała się w Hyderabadzie druga komisyja, o któréj wynikach podaje The Lancet co następuje:

Doświadczenia wykonano na 430 zwierzętach, na psach i małpach, wśród rozmaitych warunków. Część zwierząt przed doświadczeniem głodzono, inną przedtem nakarmiono, innym wreszcie podawano przed doświadczeniem różne środki jak amoniak, kawę, strychninę, morfinę, atropinę. We wszystkich doświadczeniach okazało się, że oddechanie zawsze pierwéj ustawało niż czynność serca. W większéj liczbie przypadków serce kurczyło się jeszcze 2—6 minut po ustaniu respiracyi. Sztuczne oddechanie było zawsze skuteczne, jeżeli je rozpoczynano w ciągu pierwszych 30 sekund po ustaniu oddechania, a było bez skutku, jeżeli czekano z niem dłużéj niż 60 sekund. Nadto podaje komisyja wiele praktycznych uwag, z których najważniejsze tu przytaczam. Ułożenie chorego na grzbiecie i swobodne oddechanie jest niezbędne przy chloroformowaniu. Wszelkie części ubrania uciskające na klatkę piersiową lub brzuch muszą być usunięte, jak również nie wolno pod żadnym warunkiem pomocnikom dotykać się brzucha lub klatki piersiowéj operowanego. Przed zupełnem znieczuleniem nie należy rozpoczynać operacyi, gdyż tylko w ten sposób uniknie się możności wywołania śmierci przez *shock*. Narkotyzujący powinien tylko uważać na oddechanie operowanego, jego wyłącznem zadaniem jest zwracać uwagę na to, aby oddechanie nie miało żadnéj przeszkody. Małą dawkę morfiny można przed wziewaniem chloroformu wstrzyknąć pod skórę, gdyż morfina przyczynia się do dłuższego utrzymania znieczulenia; natomiast atropina jest szkodliwą. Z korzyścią można podawać alkohol przed rozpoczęciem narkozy, jeżeli tylko przez to nie wywoła się silnych objawów pobudzenia; alkohol wzmacnia krążenie krwi. Inne praktyczne wskazówki, których każdy chirurg i tak się trzyma, pomijam. Ostatecznie przyszła komisyja do przekonania, że jeżeli tylko wszyscy stosować się będą do podanych przepisów, można będzie z łatwością i absolutną pewnością używać narkozy chloroformowéj we wszystkich operacyjach chirurgicznych. Albowiem chloroform w téj postaci, jak się go używa do narkotyzowania, nie wpływa na czynność serca, oddechanie zawsze kończy się przed porażeniem serca i dlatego śmierci chloroformowéj możemy z wszelką pewnością zapobiedz przez staranne czuwanie nad oddechaniem chorego tak, że każdy przypadek śmierci przy chloroformowaniu uważać należy za zabójstwo przez zaniedbanie.

Przeciw temu orzeczeniu komisyi odezwały się energiczne protesty. Między innymi Wood i Hare ogłosili pracę opartą również na licznych doświadczeniach nad zwierzętami, w któréj dochodzą do następujących wniosków: chloroform jest silną trucizną zarówno ośrodków oddechowych, jak i serca; nierzadko się zdarza, że wpływ chloroformu na serce jest o wiele wybitniejszy, niż na oddechanie i śmierć następuje z porażenia serca; w innych przypadkach poraża ten środek najpierw ośrodki oddechowe; w większéj zaś liczbie przypadków działa równie silnie na rdzeń przedłużony i na serce. W praktyce nie ma to znaczenia, czy serce zostaje porażone bezpośrednio przed ustaniem oddechania, czy bezpośrednio po niem. Wreszcie porażenie serca najłatwiéj wtedy następuje, jeżeli narkotyzowanie odbywa się szybko i jeżeli się używa do narkozy chloroformu zgęszczonego.

Aby ważną tą kwestyję wyjaśnić, postawiło Towarzystwo Hufelanda w Berlinie sprawę odpowiedzialności lekarza przy stosowaniu chloroformu lub innego środka znieczulającego jako temat zadania konkursowego (*The Lancet*, 1890, Nr. 25). *Dr. Beck.*

Weiss: Przyczynek do etyjologii i kazuistyki zakrzepów żylnych.

Przypadek Iszy. Kobieta 40 letnia, która pięć lat późniéj umarła skutkiem raka żołądka, dostała bez znanéj przyczyny zakrzepu w prawéj *vena poplitea*. Było to w czasie, kiedy jeszcze objawów świadczących o obecności raka nie było. W dalszym przebiegu choroby we wszystkich prawie żyłach odnóg górnych i dolnych potworzyły się zakrzepy i jak sekcyja wykazała, także żyła główna dolna (*v. cava inferior*) była wypełnioną skrzepem. Chora ta umarła wśród objawów puchliny brzusznéj.

Przypadek 2-gi. U dziewczyny 23-letniéj okazującéj bladnicę wysokiego stopnia, zresztą zdrowéj, bez znanego powodu powstał zakrzep w prawéj żyle udowéj. Chora nagle umarła, a sekcyja wykazała zatorowanie tętnicy płucnéj skrzepem pochodzącym z żyły udowéj.

Autor omawia najróżnorodniejsze znane przyczyny zakrzepów żylnych i wobec braku takowych w wyżéj przytoczonych przypadkach uważa za przyczynę tychże nieprawidłowy skład krwi, który był następstwem dyskrazyi rakowéj lub bladniczéj. Zwraca także na to uwagę, że już Rokitansky takie przyczyny zakrzepów żylnych przypuszczał, ale Weigert i inni temu twierdzeniu zaprzeczyli. (*Wien. m. Presse* 1889, 16—18.

Dr. Groenouw: Ostry obrzęk głośni skutkiem zażywania jodku potasu.

G. zestawia kilka przypadków obrzęku głośni, które wystąpiły skutkiem zażywania jodku potasu. Prawie zawsze wystąpił ten niebezpieczny objaw zaraz po małéj pierwszéj lub drugiéj dawce, n. p. w jednym przypadku już po zażyciu 0·2 grm. U czterech chorych obrzęk głośni doszedł do takiego stopnia, że musiano wykonać przecięcie tchawicy; a dwóch chorych umarło, nim jeszcze wykonano operacyję. W jednym przypadku, który obserwował G., obrzęk ten był połowiczym. Inne zwykłe objawy zatrucia jodem, mianowicie: katar nosa, ócz, gardła, ból w czole, ślinienie, nudności i wymiotów albo wcale nie zauważono, albo były bardzo nieznaczne. U niektórych chorych można było po ustąpieniu obrzęku głośni daléj bez szkody podawać jod. W każdym jednak razie objaw ten groźny nie jest zbyt rzadkim i dlatego lekarz przepisujący jodek potasu liczyć się z nim winien. (*Ther. Mon. H.* 1890, 3).

Choroby nerwowe.

Borgherini: O wczesnym zaniku mięśniowym przy porażeniu połowiczem mózgowem.

Mężczyzna 24 letni zapadł nagle bez silniejszego urazu na porażenie połowicze. Czucie na ramieniu nieco zmniejszone, ciepłota nieco podwyższona (38·4° C.). W trzecim dniu choroby można było zauważyć, że porażone odnogi były cieńsze niż zdrowe, a mierzenie dokładne wykazało różnicę 1·0 do 1·5 cm. między odnogami porażonemi a zdrowemi. Po 8-iu dniach wynosiła różnica 2·0 do 2·5 cm. Potem porażenie szybko ustępowało, a z niem i zanik mięśniowy tak, że po upływie 4 tygodni chory zupełnie wyzdrowiał, porażenie ustąpiło, a mierzenie obustronne wykazało, że obwód odnóg jednéj strony zupełnie był równy obwodowi strony drugiéj. (*D. Arch. f. kl. Med.* XLV, 5 u. 6).

Dr. Guder: Epilepsyja odruchowa połączona z demencyją i objawami porażennemi.

Robotnik 33 letni, dawniéj zupełnie zdrowy, cierpiał od czasu gdy sobie zgniótł palec lewéj ręki, na napady epileptyczne. W palcu tym napadowo występowały bóle, a za pomocą uciśnięcia takowego można było wywołać napad epi-

leptyczny. Prawa połowa twarzy była niedowładna, a język zbaczał na prawo. Źrenice były nierówne, a na światło prawie nie oddziaływały, prócz tego chory okazywał wyraźne objawy demencyi. Leczenie bromem było bez skutku Po amputacyi palca chorego napady epileptyczne ustąpiły. Reszta objawów się nie zmieniła. (*Allg. Zeit. f. Psych.* 1890, XLVI, 5). *Dr. Süsskind.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 19 lutego 1890.

Przewodniczący kol. Mars. Obecnych członków 34.

1) Przedstawiono i jednogłośnie obrano członkami czynnymi Towarzystwa Drów Aronsohna Samuela, Becka Adolfa, Gabryszewskiego Antoniego i Momidłowskiego Walerego.

2) Kol. Lustgarten przedstawia dziecko 11-to miesięczne ze *spina bifida*. W okolicy kości krzyżowéj jest obecnie guz wielkości dwóch bułek centowych o skórze nad nim prawidłowéj: zaraz po urodzeniu obrzęk ten był wielkości małego jabłka, ale już wtedy widocznem było porażenie kończyny dolnéj lewéj. Mimo to dziecko rozwija się dobrze, inteligencyja nie upośledzona.

W dyskusyi kol. Rydygier okazuje preparat z kręgosłupa dziecka dotkniętego podobnem cierpieniem a operowanego w klinice z następowem zejściem śmiertelnem. Nie wchodząc w cztery rodzaje odmian, jakie mieści w sobie pojęcie *spina bifida*, podnosi, że to cierpienie może być też jedną z przyczyn skolijozy, mianowicie, gdy kostnienie po obu stronach nie idzie jednostajnie, a stąd zatraca się równomierność podstawy dla kręgosłupa. — Kol. Obaliński dziecko przedstawione widział zaraz po urodzeniu się, ale nie radził operacyi wobec złych wyników, jakie ona dotychczas daje, tak, że tylko w wyjątkowych razach do niéjby się uciekł. — Kol. Jakubowski rozwija sposób powstawania tego cierpienia i zauważa, że tu nie dość ściśle rozstrzygnięto, co na rokowanie znacznie wpływa, czy jest *hydrorrhachis interna* czy *externa*. Ta druga forma daje lepsze wyniki pooperacyjne, ale mimo dobrego przebiegu często potem przyłącza się *hydrocephalus*. — Kol. Rydygier staje w obronie zabiegu chirurgicznego; bez operacyi i tak chory stracony, a z kilku przez siebie dokonanych operacyj ma jedno wyleczenie. Zabieg operacyjny szczególnie wobec łatwego zanieczyszczania się w téj okolicy przez dzieci, rzadko co prawda daje dobre wyniki, ale znany jest przypadek z kliniki wiedeńskiéj, zakończony po operacyi pomyślnie, choć była *meningokele* z porażeniami, które ustąpiły. Co do rozpoznania czy jest *meningo*, czy *myelo kele*, to obecnie jest ono dość przystępne, a tu zdaje się być, mimo, że są porażenia, *meningokele*. — Kol. Obaliński zastrzega się, jakoby zabieg operacyjny potępiał, boć przecie w takich razach sam operował, ale tu przypuszczając *myelokele*, a to z przeświecania tylko u szczytu, z porażeń i z uczucia jakby drugiego ciała postronkowatego w tym guzie — operacyi nie doradzał.

3) Kol. Rydel opowiada przypadek wyjęcia kawałka stali elektromagnesem z ciałka szklanego u przedstawionego chorego, który dnia 29/1 b. r. zraniony w oko d. 8/2 poddał się operacyi w zakładzie kol. Gwiazdomorskiego. Chory przed operacyją miał tylko poczucie światła od zewnątrz i dołu. Wziernikiem widziano ciało obce i szeroko oderwaną siatkówkę. Wydobyto ciało za pierwszem wprowadzeniem elektromagnesu, obecnie ranka pięknie jest zgojona, chory zaś liczy palce na 30 ctm.

Kol. Obaliński zwraca uwagę na możność zastosowania elektromagnesu do wydobywania ciał odpowiedniéj przyrody z innych miejsc, n. p. tchawicy. W dalszéj dyskusyi zabierają głos koll. Jakubowski, Rydel i Sroczyński.

4) Kol. Hempel okazuje preparat nowotworu mięsakowego u młodego człowieka, l. 22 liczącego, zmarłego w klinice krakowskiéj. Nowotwór wychodził z okostny uda, zajął kość łonową lewą, wkroczył do prącia, jednak mimo kolosalnych rozmiarów takowego, cewka moczowa zawsze była drożną. Bóle towarzyszyły bardzo silne, a przerzutami uogólnił się nowotwór prawie w całym organiźmie. Oprócz płuc, mózgu, w którym przerzuty nie dawały za życia żadnych objawów, były dotknięte sprawą nowotworową: mięsień sercowy, jelito cienkie i grube.

5) Kol. Gluziński z powodu spóźnionéj pory w streszczeniu podał swój odczyt o „influenzy“ (rzecz ta była umieszczoną w „Przeglądzie Lekarskim“).

Sekretarz: *Dr. Czesław Podgórski.*

VIII. W sprawie lekarzy szkolnych.

Podał

Dr. A. Beck.

(Dok. Patrz Nr. 28).

Lekarzy szkolnych w ścisłem tego słowa znaczeniu w Austryi nie ma, jakkolwiek ich ustanowienia niejednokrotnie się domagano. I tak uczynili Menger i Zeithammer w Radzie Państwa w r. 1888 wniosek, aby w Austryi ustanowiono lekarzy szkolnych; w podobnym duchu przemawiali deputowani inni w rok potem, kiedy Rada Państwa uchwaliła rezolucyję wzywającą rząd, aby uwagę zwracał na stosunki sanitarne w szkołach i starał się o regularne, statystyczne wykazy chorób pojawiających się w szkołach, szczególnie chorób zakaźnych.

Najbliższem od nas państwem, które posiada lekarzy szkolnych, są Węgry, gdzie od r. 1885 lekarze szkolni są zarazem profesorami higijeny w szkołach średnich. Francyja wydaje 906.000 fr. rocznie dla lekarzy szkolnych, z których każdy otrzymuje 1500 fr. Oprócz tego istnieją lekarze szkolni jako płatni urzędnicy państwowi, którym wzbronioną jest prywatna praktyka, w Belgii, podczas gdy w Anglii wysyłani oni zostają z ramienia różnych stowarzyszeń i zakładów. Bardzo rozwiniętą jest instytucyja szkolnych lekarzy w Szwecyi i Danii, w których to państwach w ostatnich latach zebrano najdokładniejsze wiadomości i cenne daty, tyczące się stosunków zdrowotnych młodzieży szkolnéj. Wreszcie istnieją jeszcze lekarze szkolni w niektórych miejscowościach w Rosyi.

W tych państwach, w których lekarze szkolni już przez jakiś czas czynność swoją wykonywali, powstały z skrzętnéj statystyki, z zestawienia licznego materyjału prace, które wykazują istniejące braki i wady tak w urządzaniu szkół, jak w systemie nauczania i wskazują złe następstwa, jakie te wadliwości za sobą pociągają i na tych to pracach się opierając prof. Cybulski w wykładzie swoim, wygłoszonym na zgromadzeniu członków Towarzystwa opieki zdrowia, opisał wpływ szkoły współczesnéj na fizyczny rozwój młodzieży szkolnéj. (*Przewodnik Higijeniczny* Nr. 6, r. 1890).

Po krótce też przytoczę te czynniki szkodliwe i ich wpływ na zdrowie dziatwy według opisu prof. Cybulskiego.

Jak każdy inny lokal źle urządzony, jak np. mieszkanie nieodpowiednie, tak i szkoła nieposiadająca warunków higijenicznych, musi źle oddziaływać na zdrowie dzieci. Jeżeli bowiem już samo przebywanie przez kilka godzin dziennie w lokalu dobrze urządzonym wstrzymuje wzrost dzieci, jak to wykazały badania nad wzrostem dziatwy szkolnéj podczas roku szkolnego i podczas wakacyj, to dodawszy do tego wpływ złego oświetlenia, wilgoci, braku wentylacyi, skąpéj ilości powietrza, przyjdziemy do przekonania, że pozostawanie dzieci w lokalach takich musi koniecznie niekorzystnie oddziałać nie tylko na wzrost, ale także osłabiać odporność organizmu, uczynić go skłonnym do przyjęcia różnych chorób, w pierwszym rzędzie chorób konstytucyjnych i infekcyjnych, a między temi ostatniemi i gruźlicy. Te, jak je prof. C. nazywa, ogólne wpływy szkodliwe, którym mogą dzieci i poza szkołą ulegać, nie są jedynym jéj podarkiem dla dziatwy, ma ona jeszcze dla niéj coś specyjalnego: szkodliwości zależące li tylko od obecnego systemu nauczania, t. zw. choroby szkolne.

Do takich wpływów szkodliwych, zależnych wyłącznie od sposobu nauczania bez względu na stan samego budynku szkolnego i jego urządzenia należą: wpływ na wzrok, na fizyczny rozwój ciała i na układ nerwowy środkowy. Najpospolitszem cierpieniem oczu uczniów szczególnie w szkołach średnich jest wada refrakcyi, a mianowicie krótkowidzenie. Z licznych spostrzeżeń i badań w różnych krajach podjętych wypada, że podczas gdy w szkołach ludowych liczba krótkowidzących wynosi zaledwie 2%, to w wyższych klasach szkół średnich dochodzi ona 55% do 60%, a u uczniów uniwer-

sytetu często tę cyfrę znacznie przewyższa. Jest to liczba zastraszająca, tem bardziéj jeśli się zważy, jak bardzo skłonne są oczy myopów do różnych ciężkich, nieraz wzrokowi mocno zagrażających cierpień (*staphyloma posticum*, *choreoiditis*, *amotio retinae*). Jako przyczynę myopii nabytej u uczniów podają czytanie długie przy niedostatecznem oświetleniu, bez wypoczynku i częste natężanie akomodacyi, spotęgowane aż do skurczu. I rzeczywiście, gdy wpływowi Hippla w Giessen udało się zrobić tyle, że w szkole zaprowadzono dobre oświetlenie, że zmieniono system nauczania, że urządzano częste ćwiczenia gimnastyczne, wycieczki itd., to po sześcioletniéj obserwacyi prof. Hippel mógł zauważyć zmniejszenie liczby krótkowidzących i zupełne zatrzymanie rozwoju myopii.

Co do wpływu szkoły na rozwój ciała, to tu w pierwszym rzędzie należą skrzywienia stosu pacierzowego. Wielkiego rozgłosu narobiła swojego czasu publikacyja Fahrnera, oparta na statystyce Eulenburga, z któréj dowiedziano się, że 90% skrzywień kręgosłupa jest nabytych i bierze swój początek w wieku szkolnym. Dziś wszyscy wiemy, że niestety liczba ta wcale nie jest przesadzoną i znamy przyczynę złego w nieodpowiedniem urządzeniu ławek i pulpitów. Obecnie też prawie wszędzie w Europie wprowadzono ulepszony system ławek przystosowanych do wzrostu dziecka z oparciem dla tułowia, wygiętem odpowiednio do fizyjologicznéj krzywizny kręgosłupa, z oparciem dla nóg i z pulpitami w stosownéj odległości od ławki i pod odpowiednim kątem do poziomu nachylonemi. U nas w Galicyi niestety zaledwie minimalna ilość szkół takie ławki posiada.

W powstawaniu skrzywień oprócz szkoły niemałą też rolę odgrywa i wychowanie domowe, szczególnie u dziewcząt, które oprócz lekcyj w szkole zadawanych muszą się zajmować już to robotą ręczną, już tez grą na fortepianie i którym też wzbronione są tego rodzaju zabawy, jakie u chłopców naprawiają to, co szkoła zepsuła.

Nierównie szkodliwszym i nie mniéj ważnym jest wpływ obecnego systemu wychowawczego na układ nerwowy szczególnie na mózg, który wskutek nadmiernej i do tego nieodpowiednio rozłożonéj pracy wpada w stan przeciążenia. Stan ten nie tylko upośledza zdolności umysłowe dziecka i tamuje ich rozwój, ale nawet może dać początek różnym nerwicom i chorobom umysłowym. Zastraszające są tu cyfry podawane przez różnych badaczy; i tak podają jedni, że ból głowy, bezsenność i inne objawy przeciążenia mózgu występowały u uczniów 10 letnich 8·3% i progresywnie powiększała się ta cyfra aż do 77·8% u 19-letnich; inny autor spostrzegał w wyższych klasach gimnazyjum 66% neurasteników, a w Frankfurcie spostrzeżono w ostatniéj klasie szkoły żeńskiéj 83% stale cierpiących na bóle głowy!

Rzecz naturalna, że takie zboczenia układu nerwowego nie są dla ustroju obojętnemi, a poucza nas o tem statystyka angielska, która wykazuje, że śmiertelność dzieci w wieku szkolnym z chorób mózgowych znacznie wzrosła, nie licząc w to tych przypadków, w których przeciążenie mózgu dało impuls do innych chorób, które dopiero poza wiekiem szkolnym śmierć sprowadzają.

„Takie są — pisze prof. Cybulski — główne szkodliwe wpływy szkoły współczesnéj na stan fizyczny. Jeżeli jednak pomimo to pewna część uczącéj się młodzieży wpływom tymże nie podlega, to zawdzięcza to tylko swojéj przyrodzonéj ruchliwości, swojemu instynktowi i temu, że na szczęście szkola współczesna w rzeczywistości bardzo rzadko potrafi obudzić zapał i zamiłowanie do nauki, że większość młodzieży uczy się jakby z przymusu, jakby z konieczności; za to pilniejsi uczniowie wynoszą na sobie cały ciężar tych wpływów, oni to zwykłe tracą wzrok, otrzymują garby, a w końcu stają się nerwowymi chorymi.“

Wszystkie te wyżéj opisane szkodliwości zebrane i wykazane zostały w krajach, w których istnieje nadzór lekarski nad szkołami; mimowoli też nasuwa się pytanie, jak rzecz się ma u nas? Nikt chyba nie posunie optymizmu do tego stopnia, aby chciał przypuścić, że u nas jest lepiéj. Powiadam „przypuścić“, bo o jakichś twierdzeniach co do stanu zdrowia dzieci w szkołach naszych, opartych na pewnéj podstawie, mowy być nie może wobec braku wszelkich dat statystycznych. Spodziewać się jednak możemy, że u nas jest znacznie gorzej, a powodem tego są okoliczności, które na wstępie przytoczyłem. Konieczną też jest rzeczą, aby i u nas zebrano materyjał, na podstawie którego możnaby opracować wnioski, które przedstawiane odpowiednim władzom mogłyby wpłynąć na polepszenie opłakanych stosunków w szkołach naszych. We wszystkich krajach inicyjatywa do ustanowienia lekarskiego nadzoru szkolnego wychodziła od lekarzy i dopiero późniéj rządy odnośnych krajów uznawszy konieczną potrzebę takiego nadzoru i zbawienny wpływ, jaki tenże wywierał na stosunki zdrowotne młodzieży szkolnéj, ustanawiały nadzór ten jako obowiązkowy i tworzyly osobne urzędy lekarzy szkolnych.

Należy się spodziewać, że żaden z lekarzy naszych nie da się ubiedz i każdy, korzystając z zawiązania się kółka lekarzy w komisyję sanitarną szkolną, przystąpi pochopnie do téj komisyi, aby brać udział w jéj pracach i nieść pomoc biednéj naszéj dziatwie szkolnéj, która téj pomocy tak gwałtownie potrzebuje.

Sprawozdanie z II-go Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie.

(*dzień I-szy 15 lipca 1890 r.*)

Sala operacyjna kliniki chirurgicznéj o 8-éj godzinie zaczęła się zapełniać uczestnikami Zjazdu i gośćmi w dość znacznéj, choć mniejszéj niż zeszłego roku liczbie. Z obecnych notujemy kolegów: Barącza, Becka, Bieńkowskiego, Blumenstoka, Bogdanika, Bossawskiego, Browicza, Bohosiewicza, Cerchę, Ciechomskiego, Czaplickiego, Czaplińskiego, Dąbrowskiego, Dębowskiego, Dobruchowskiego, Gabryszewskiego, Grossa, Gruela, Gwiazdomorskiego, Hempla, Hienera, Hirscha, Jabłońskiego, Jasińskiego, Köhlera, Kosickiego, Kozieroskiego, Langiego, Leszczyńskiego, Łepkowskiego, Madurowicza, Obalińskiego, Odieńskiego, Orłowskiego, Orzechowskiego, Pieniążka, Podgórskiego, Raczyńskiego, Rosnera sen., Rosnera jun., Rydygiera, Schrama, Sroczyńskiego, Szumana, Sawickiego, Teodorowicza, Webera, Wojtaszka, Wołkiewicza, Wiśniewskiego, Zanietowskiego, Ziembickiego.

Przewodniczący Zjazdu prof. Rydygier w krótkich słowach powitał gości, ciesząc się zarazem, że obfity materyjal nie pozwolił spełznąć na niczem proponowanemu w zeszłym roku drugiemu Zjazdowi, wyraża daléj nadzieję na przyszłość, że Zjazdy chirurgów polskich będą kontynuowane z korzyścią dla nauki. Na propozycyję prof. Obalińskiego wybrano wiceprezesami kol. Jasińskiego z Warszawy i kol. Ziembickiego ze Lwowa. Sekretarz przeszło- i tegorocznego Zjazdu, kol. Bossowski zdaje sprawę i poddaję krytyce dotychczasową działalność swoją. Niepojawienie się sprawozdania z zeszłorocznych obrad dotychczas usprawiedliwia brakiem dobrych stenografów, daléj tem, że koledzy, którzy na Zjeździe zeszłorocznym prace swoje odczytali, nie zbyt wcześnie na ręce sekretarza takowe złożyli. Obecnie upraszą prelegentów o jaknajszybsze nadsyłanie prac swych, obiecując że w tych warunkach sprawozdanie z Zjazdu tegorocznego w swoim czasie się okazali. Prócz tego załatwiono jeszcze kilka innych czysto administracyjnych czynności, poczem nastąpiła demonstracyja stołka Trendelenburga do badań i operacyj ginekologicznych, jak również narzędzi nowych Martinowskich do wyłuszczenia macicy, wreszcie oprowadzenie po klinice i pracowni chirurgicznéj. Przewodniczący objaśniając zatrzymywał się przy każdym chorym, zwracając uwagę na ciekawsze przypadki, obecnie się w klinice znajdujące.

O godzinie 10-téj rozpoczął szereg wykładów kol. Bogdanik z Białéj od demonstracyi pocisków Manlicherowskich, i preparatów anatomicznych z poległych w Białéj w dniu 23 kwietnia. Opisując z wszelką dokładnością pocisk, co do rozmiarów, kształtu i postaci, referuje, że w dniu 23 IV. miał sposobność obserwowania 18-tu przypadków ran postrzałowych, których zestawienie i wyniki kol. Bogdanika drukują się obecnie w Przeglądzie Lek. i do takowych odsyłamy czytelników.

W nader ożywionéj dyskusyi, która się nad wykładem

rozwinęła, brali udział prof. Obaliński, przytaczając doświadczenia Brunsa i Habarta, z których jeden potępia broń Manlicherowską zwiąc ją nieludzką, drugi zaś wychwala takową, jako najodpowiedniejszą, gdyż takowa albo na miejscu zabija, albo rani tak, że nie miażdży i nie druzgocze ni tkanek ni kości, a wten sposób rana powstała prędko zagoić się może.

Kol. Webr dziękuje Dr Bogdanikowi za tak ładne przedstawienie i dokładne spisanie spostrzeżeń. Przytacza widziane na strzelnicy lwowskiéj działanie siły kul z karabinów Manlicherowskich, gdzie otwór u strzału zawsze był mniejszy od średnicy pocisku. Cenną równie jest rzeczą, że kula z taką siłą wpada do ciała, iż w niem nie pozostaje, w ten sposób odpada debata nad tém, czy należy jéj poszukiwać lub nie. Również zgadza się z kol. Bogdanikiem, że kula, która rozgrzana jest do 255 stopni nie tylko sama zakazić nie może, ale owszem niszczyć potrafi wszelkie zarazki.

Kol. Schram zarzuca obserwacyi tę wadę, że strzały, które padały w Białéj w dniu 23 kwietnia, były za bliskie, aby można spostrzeżenia robione tam przenieść na plac boju.

Co się tyczy robienia lub nie robienia laparotamij, to przemawiali za takową kol. Barącz i Bohosiewicz. Prócz nich zabierali głos kol. Ziembicki, Gross, Wołkowicz, Trzebicky, Podgórski, Rydygier i Hicner, a ten ostatni przytoczył kilka przyrządów nader interesujących strzałów broni Manlicherowskiéj wywołanych przez samobójców.

W końcu kol. Bogdanik odpowiedział wszystkim zabierającym głos w dyskusyi na zadawane sobie pytania.

II. Wykład. Kol. Schram. Resekcyje jelit u dzieci z demonstracyją preparatów. Do nader rzadkich przypadków należą bezsprzecznie te, w których u dzieci przychodzi do zgorzeli większéj lub mniejszéj części jelita. Z dwóch przez prelegenta operowanych u jednego zrobił resekcyję i otrzymał nader dobry wynik, u drugiego, z którego właśnie część resekowaną demonstruje, niedrożność nastąpiła wskutek okręcenia się *filum terminale* uchyłka Mekela około jelita. Po wyresekowaniu i zeszyciu jelita z powodu objawów porażennych ruchu robaczkowego drożność zupełna nie powstała, dodać więc widział się zmuszonym enterotomiję.

Dyskusyja. Kol Ziembicki operował analogiczny przypadek, robił laparatomiję z powodu niedrożności, a przyczyną takiéj był okręcający jelito dywertykuł Meckela.

Kol. Obaliński twierdzi, że nie lepsze ma rezultaty, niż dawniéj, gdyż temu winny późne i złe przypadki. Radzi tedy nie wyczekiwać, operował jaknajwcześniéj a w razach rozdęcia jelita robił enterostomiję, choć sam uważa ją za najprzykrzejszą operacyję dla chorego.

Kol. Ciechomski przytacza przypadek Matlakowskiego, gdzie wyrostek Meckela, długi, niepodatny i końcem stale przyrośnięty w okolicy lędźwiowéj, był przyczyną rozdęcia i niedrożności jelit. Wczesna laparotomija uratowała chorego.

Kol. Szuman opisuje 5 przypadków kaparatamij z powodu *ileus*, i osobiście jest za jak najwcześniejszém przystępowaniem do operacyi.

III wykład. Kol. Obaliński „o niespodziankach po gastroenterastomijach“. W ostatnich miesiącach, więcéj sklaniamy się do gastroenterastomii niż do resekcyi, gdy mimo takowéj mikroskop zwykle wykazuje ogniska rakowe dające powód do szybkich recydyw. Daléj operacyja ta jest łagodniejszą dla chorego a łatwiejszą dla operatora niż resekcyja jelita, przy któréj podejmuje się ciężki nader zabieg, nie osiągając za pomocą niego pożądanych rezultatów. Trzeba tu jednak zwrócić uwagę na niebezpieczeństwa a mianowicie już teraz łatwe do uniknięcia zakażenia otrzewnéj, daléj często występujący zapad. Billroth podaje przypadek, w którym zastawka utworzyła się w kierunku przeciwnym, żółć dostawała się do żołądka wywołując częste wymioty. Rydygier obserwował krwotok żołądkowo-jelitowy, który dopiero po 2 dniach po operacyi wystąpił. Trzecią niespodzianką może być ucisk jelita poprzecznego przez przyczepioną do żołądka pętlę. Powstała więc nowa metoda, aby pętlę przez *mesocolon* popod *colon transversum* przeprowadzić i przyszyć do tylnéj ściany żołądka. Najmilszą niespodziankę miał kolega Obaliński po operacyi, gdy chora przybrała na wadze w przeciągu pół roku 7 5 kgr.

Na zakończenie zabrał głos kol. przewodniczący; zgadzając się w zupełności z kol. prelegentem, radzi wykonywać gastroenterostamiję, gdy przypadki przychodzą niestety u nas za późno, aby myśleć o takiéj resekcyi jelita, któraby nie dała recydywy.

Prócz tego przewodniczący demonstruje przypadek bardzo ładny języka czarnego u dziecka.

Na tém zakończono obrady poranne o godzinie I-széj a na ciąg dalszy zaprosił kol. Rydygier na godzinę II-gą do auli uniwersyteckiéj.

Posiedzenie popołudniowe rozpoczęło się o godz. 2 od wykładu kol. Szumana „o znieczuleniu bromkiem etylu.“ Kol. Szuman, który przed dwoma laty w *Therap. Monath.* ogłosił pracę o tym przedmiocie, opowiedział dalsze swe spostrzeżenia nad znieczuleniem za pomocą bromku etylu, oraz przestrzegał przed sfałszowaniem tegoż innym pokrewnym preparatem bromku, a w szczególności bromku etylenu, ten ostatni bowiem jest mocno trujący i już dwa przypadki otrucia sprowadził. Jeden zdarzył się w Badenie, gdzie ani lekarz, ani aptekarz nie znali różnicy pomiędzy obu ciałami i lekarz bromek etylenu zaordynował; drugi przypadek obserwował S. sam, w którym prowizor apteczny nowo przybyły przysłał zamiast bromku etylu, bromek etylenu. Zatrucie śmiertelne nastąpiło wśród ciągłych wymiotów, osłabienia czynności serca, tętno 140—160, bezmoczu i ostrego stłuszczenia wątroby wykazanego sekcyją. O ile więc niebezpiecznym jest bromek etylenu, o tyle korzystnym przy małych, krótko trwających operacyjach jest bromek etylu. Użycie podobne jest jak przy chloroformie, tylko maska inhalacyjna opatrzona jest podwójnym trykotem, pokładem waty lub flaneli, na co dopiero polewa się bromek etylu w dość dużej ilości i trzyma tuż na nosie i ustach. Narkoza następuje szybko, trwa krótko, bez wymiotów i innych dolegliwości przemija, a chory budzi się z niéj zdrów kompletnie. Dlatego przy małych operacyjach jest bardzo wygodną i bez asystencyi wykonalną. Przytomność często nie ginie, tylko występuje bezbolesność, co także jest zaletą téj narkozy.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IX. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Dr. Chłapowski: Gruźlica bydlęca, a rzezactwo żydowskie.

(Dok. Patrz Nr. 28.)

Autor przechodzi następnie do przepisów religijnych mojżeszowych, zakazujących używania mięsa i mleka ze zwierząt ssących z wyjątkiem przeżuwających i posiadających racice. Zwierzęta prowadzone na rzeź według tych przepisów winny być zarznięte i zginąć na upływ krwi, któréj jednak pod żadnym pozorem spożywać nie wolno. Płuca takich zwierząt mają znajdować się na właściwem miejscu, nie mogą być z sobą zrosłe, powierzchnia ich naddartą albo przedziurawioną; miąższ nie powinien być nadgniły lub za wiotki, ani też nie zawierać na brzegach ropni i bąbli powietrznych ani wodnych (prawdopodobnie *echinococcus*). Barwa płuc nie może być ani czarną, ani białą, ani żółtą, ani krwawą. Jeżeliby wątroba, nerki albo śledziona były nadgniłe albo przedziurawione, lub gdyby napotkano w żołądku obce ciało, to mięso, chociażby płuca odpowiadały wszystkim warunkom, jako trefne musi być odrzucone. O ile te przepisy czerpane pierwotnie z mądrości kapłanów egipskich, a następnie w XII wieku uzupełnione przez lekarza i rabina Maimonidesa, któremu bezwątpienia znaną była perlica, miały cel zdrowotny na względzie, o tyle dzisiaj są tylko aktem religijnym, który z biegiem wieków uległ wielu zmianom. I tak Maimonides odrzucał bydlę jako trefne, w którego płucach znalazł tylko jeden ropień, dzisiejsi zaś rzezacy tylko w takim razie, jeżeli dwa ropnie stykają się z sobą albo jeżeli ropień przedziurawił błonę surowiczą. Wspomnione przepisy są niezupełne, albowiem nie uwzględniają zmian chorobowych na otrzewny, na któréj często występuje pierwotnie perlica, jako też nie podają, jakie własności powinno mieć zdrowe mięso.

Z uwagi jednak, że przepisy talmudyczne zabraniają spożywania krwi, jako ciała najszybciéj się rozkładającego i zawierającego bardzo często istoty chorobotwórcze, oraz z uwagi, że uwzględniają zmiany na opłucny i w płucach, w których najczęściéj perlica występuje, trzeba przyznać, że mają one jeszcze dzisiaj pewne zdrowotne znaczenie.

Z powyższego wynika, że żydzi rzadziéj spożywają mięso perlicze aniżeli nasz lud, który najczęściéj tylko strefione konsumuje. Ze względu jednak na okoliczność wykazaną przez Szczepanowskiego, że na jednego człowieka w Galicyi przypada rocznie tylko 10 kg. mięsa, zwykle po ugotowaniu spożywanego, nie można wyłącznie obwiniać mięsa o wywołanie gruźlicy u ludu naszego, tem mniéj, że pojawić się ona może nie tylko po spożyciu mięsa, lecz także i mleka surowego, pochodzącego od perliczych krów, od którego żydów nie chronią żadne przepisy. Przypuszcza więc autor, że przyczyny mniejszéj śmiertelności u żydów z gruźlicy szukać należy nie tylko w unikaniu spożywania perliczego mięsa, lecz także we wrodzonéj téj rasie właściwéj odporności na jad gruźliczy, a przyczynę większéj śmiertelności z téj choroby u ludności chrześcijańskiéj przypisuje nie tylko spożywanie perliczego mięsa i mleka, lecz rozpowszechnionemu opilstwu i złemu odżywianiu.

W końcu przychodzi Dr. Ch. do następujących wniosków: a) rzezactwo chroni ludność żydowską od chorób zakaźnych, b) gruźlica zabiera więcéj ofiar między chrześcijanami aniżeli między żydami, c) dla zupełnego wyjaśnienia téj kwestyi należałoby prowadzić dokładną statystykę śmiertelności gruźlicy w okolicach o ludności mięszanéj z uwzględnieniem statystyki perlicy wśród bydła, d) trzeba starać się o budowanie publicznych pod nadzorem rzeczywistych znawców zostających rzeźni, a przytem ograniczyć dozór mięsa gdzieindziéj bitego, jako też i mleka podejrzanego, e) rolnicy powinni hodować bydło odporniejsze na perlicę niż dotąd, oraz za pomocą pism rolniczych należałoby pouczyć lud o zaraźliwości gruźlicy i perlicy, a w końcu, potrzebaby przyznać właścicielom za skonfiskowane bydło odszkodowanie ze skarbu państwa, ale tylko na krótki czas, gdyż w przeciwnym razie wpłynęłoby ono niekorzystnie na hodowlę bydła, a przedewszystkiem nie przyczyniłoby się do wytępienia perlicy.

Na powyższe wnioski po największéj części uzasadnione każdy zgodzić się musi i ocenić należycie usiłowania, zdążające do wykrycia i wytępienia przyczyn wywołujących gruźlicę. Praca Dr. Chłapowskiego nie zawiera wprawdzie nic nowego, jednak porusza ważność oględzin mięsa, które podobnie jak w Poznaniu odbywają się u nas jeszcze w bardzo wielu miejscowościach. Że sprawa perlicy nie jest u nas lekceważoną, świadczy komisyja wybrana na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie, która projekt do ustawy o tępieniu perlicy przedłoży przyszłemu Zjazdowi w Krakowie. (Odbitka z *Nowin Lek.* 1890).

Dr. Walentowicz.

X. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 18-go lipca. Redaktor główny „Przeglądu Lekarskiego“ wyjeżdża na wakacyje do Zakopanego. Pod niebytność jego zastępować go będzie sekretarz redakcyi Dr. Schaitter (ulica Grodzka, l. 62).

* Dnia 14-go b. m. otwarty został Zakład prywatny dla chorych na umyśle docenta i prymaryjusza Dra Żuławskiego po poświęceniu go przez ks. Załęskiego. Zakład ten powstał we względnie krótkim czasie, dzięki staraniom znanego architekta p. Zaręby i odpowiada wszelkim tegoczesnym wymogom. Opis jego podamy później; najlepszym dowodem jego potrzeby jest okoliczność, że musiał być otwartym, pomimo, że urządzenie wewnętrzne jeszcze nie ze wszystkiem gotowe, ponieważ umieszczenia chorych zwlekać nie było podobna. Skromnemu zakładowi rokować można i życzyć należy powodzenia, gdyż ani pod względem urządzenia, ani kierownictwa nie ustępuje w niczem podobnym zagranicznym zakładom.

* Pod napisem „Anatomija na wystawie“, podaje profesor anatomii we Wiedniu Zuckerkandl ocenę preparatów, nadesłanych na wiedeńską wystawę agronomiczno-leśną, którą w dosłownem tłumaczeniu zamieszczamy:

„W grupie XV. (weterynaryja) wystawili preparaty pp.: Kadyi, Paumgarten i Storch, które tyczą się budowy anatomicznéj zwierząt domowych. Przy ocenianiu tych przedmiotów, przeznaczonych dla demonstracyi naukowéj, rozstrzygającą jest, jak się samo rozumie, tylko jedna okoliczność, a mianowicie postęp, który przysparzają nauce anatomii. Nowe zasady anatomiczne opierają się zazwyczaj na podstawie nowych metod, a i udoskonalenie dawniejszych sposobów wynika zazwyczaj z wynalazków na polu techniki anatomicznéj. Tak n. p. w ostatnim czasie technika wstrzykiwań naczyniowych wzbogaconą została przez zastosowanie masy injekcyjnéj zimnej, powoli tężejącéj Teichmana oraz celoidyny. Nastrzykiwanie naczyń za pomocą masy z żywicy i wosku, jakoteż wypełnianie naczyń limfatycznych rtęcią, niezadługo należeć będą do historyi.

Badając na podstawie tych uwag preparaty wystawione w rotundzie, to nie ulega wątpliwości, że tylko przedmioty wystawione przez prof. Kadyi'ego we Lwowie na szczególną zasługują wzmiankę. Preparaty Dra Storcha nie przedstawiają nic nowego, jakkolwiek sporządzone są starannie z uwzględnieniem metod nowszych; natomiast przedmioty Paumgartena uzmysławiają braki metod dawniejszych, a to tem bardziéj o ile znajdują się obok preparatów prof. Kadyi'ego. Nie przypominamy sobie, abyśmy kiedyś widzieli na wystawach preparaty takie, jak Kadyiego. I na zeszłorocznéj wystawie w Paryżu czegoś podobnego nie było. Pod względem techniki, jasności i czystości wyrobu żadne inne ich nie przewyższają. Szczególniéj pouczającemi są: rozmaite aorty i siatki cudne, celoidowy preparat korozywny kopyta, plastyczne preparaty płuc za pomocą parafiny i preparaty naczyń limfatycznych, szczególnie kadłub konia z naczyniami krwionośnemi i limfatycznemi. Właśnie pod względem nastrzykiwań naczyń limfatycznych odznacza się Kadyi w sposób znakomity, a oprócz prof. Teichmana, z którego szkoły wyszedł Kadyi, i prof. Sappeya, którego preparaty naczyń limfatycznych uzyskały sławę europejską, kto wie, czy znajdzie się trzeci, któryby się mógł ubiegać o lepsze z Kadyim pod względem preparowania naczyń limfatycznych“.

* W Iwoniczu było do dnia 20-go czerwca gości 446, w Szczawnicy do dnia 7 lipca 1390, w Cieplicach czeskich do 12 b. m. 3968, w Krynicy 1883.

* Prof. W. Jaworski wyjechał na lato do Davos w Szwajcaryi.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Insbruck.** Rektorem uniwersytetu wybrany prof. okulistyki Dr. Borysiekiewicz. — **Wiedeń.** Prof. Brücke przechodząc w stan spoczynku otrzymał krzyż komandorski orderu Franciszka Józefa z gwiazdą. — Dr. Ernest Braun habilitował się jako docent położnictwa i ginekologii. — **Berlin.** Prof. pedyjatryi Henoch obchodził temi dniami urodziny swe 70-te.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp.: Eugieni Kozierowski z Bystréj, Władysław Mydlarski z Krakowa i Bogumił Zawadil z Tarnowa.

* **Nekrologija.** W Heidelbergu umarł d. 4 b. m. b. prof. anatomii, tajny radzca dworu Arnold w 88, a w Kopenhadze prof. med. Hornemann w 80 roku życia.

W Warszawie umarł d. 4 lipca Dr. Aleksander Dorantowicz, urodzony tamże w r. 1813, inspektor szpitala Dzieciątka Jezus aż do r. 1888.

* Dr. Włodzimierz Tyralski, lekarz powiatowy w Zbarażu, odwołał się do ofiarności kolegów, prosząc o nadesłanie datków na rzecz wdowy i czworga nieletnich sierot, pozostałych po zmarłym temi dniami na tyfus plamisty lekarzu tamecznym, Drze Maks. Bielerze, którego bezinteresowność i szlachetne poczucie obowiązku podnosząc, zepewnia, że wdowa i sieroty pozostały bez wszelkich środków utrzymania. Redakcyja chętnie gotowa pośredniczyć w zbieraniu datków, których wykaz późniéj ogłoszony będzie w „Przeglądzie Lekarskim“.

Na cel ten składa redaktor 5 złr. w. a.

Sprostowanie: W rozprawce Dra Bogdanika na pierwszéj stronicy 3-ci wiersz od dołu zamiast strona śmiertelności powinno być stopa śmiertelności.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. **B. w B.** Otrzymaliśmy i umieścimy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Ogłoszenie.

L. 7691. pr.

W celu obsadzenia pięciu nowo-systemizowanych posad c. k. lekarzy powiatowych w IX. i X. klasie rangi i jednéj posady c. k. asystenta sanitarnego, względnie sześciu posad c. k. asystentów sanitarnych oraz dziesięciu nowo-systemizowanych posad c. k. weterynarzy powiatowych w XI. klasie rangi, względnie posad oglądaczy zwierząt i płodów zwierzęcych, rozpisuje się niniejszem konkurs do końca lipca 1890.

Kandydaci mają swe podania opatrzone w dowody kwalifikacyjne, wymagane ustawą z dnia 21 marca 1873 r. (Dz. ust. pań., Nr. 27), metrykę urodzenia, niemniéj dowody znajomości języków krajowych, wnieść w powyższym terminie do Prezydyjum c. k. Namiestnictwa, mianowicie kompetenci zostający już w służbie państwowéj, w przepisanéj drodze służbowéj, inni zaś przez dotyczące c. k. Starostwo, a we Lwowie i Krakowie przez c. k. Dyrekcyję policyi.

Z Prezydyjum c. k. Namiestnictwa.

Lwów, dnia 12 Lipca 1890.

L. 245.

KONKURS.

Przy c. k. Zarządzie salinarnym w Kaczyce (Bukowina) jest do obsadzenia posada lekarza salinarnego Dra wszech nauk lekarskich za rocznem wynagrodzeniem ze strony

c. k. skarbu salinarnego . . . . 520 fl.
bractwa „ . . . . 100 fl.

99—3—1 620 fl.

Emerytowanym lekarzom wojskowym przysługuje pierwszeństwo.

Podania ze załącznikami należy wnieść do c. k. Zarządu salinarnego w Kaczyce najdalej do dnia 10 Sierpnia b. r.

C. k. Zarząd salinarny.

Kaczyka, dnia 8 Lipca 1890.

L. 858.

Obwieszczenie.

Celem obsadzenia posady lekarza miejskiego do pełnienia służby zdrowia i oględzin bydła na rzeź przeznaczonego w gminie miasta Horodenki z płacą roczną 300 złr. i subwencyą ze strony Wydziału powiatowego w rocznej kwocie 100 złr. rozpisuje się niniejszem konkurs.

Ubiegający się o tę posadę wnieść mają najpóźniej do 25 Lipca 1890 do Zarządu miasta Horodenki swoje podania przy dołączeniu metryki urodzenia, dyplomu doktora wszech nauk lekarskich i dowodu dotychczasowego zatrudnienia.

Posada powyższa nadaną będzie na rok jeden prowizorycznie, a po roku może nastąpić stabilizacya.

Zarząd miasta.

Horodenka, dnia 4 Lipca 1890.

98—3—2 c. k. komisarz rządowy: *Setkiewicz.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 26 Lipca 1890. Nr. 30.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Z kliniki okulistycznéj Prof. Rydla w Krakowie.

Prosty sposób usuwania kontraktur bliznowatych po sparzeniach spojówki gałkowéj.

Podał
Dr. Franciszek Sroczyński,
asystent kliniki.

Operacyje plastyczne spojówki celem zastąpienia bliznowatych zrostów, jakie pociągają za sobą sparzenia żrącemi lub gorącemi płynami, stanowią do dziś dnia jeszcze piętę Achillesową okulistyki operacyjnéj. Co prawda, znajduje się tu okulista wobec nierównie trudniejszych warunków, niż w przypadkach plastyki powiek, gdzie obfitość materyjału dozwala nawet na swobodny wybór z pośród metod przesadzających się w elegancyi i kosmetyce. Tu przeciwnie zdani jesteśmy na skąpą spojówkę gałki, o ile jéj jeszcze zostało po sparzeniu lub na niepewne i żmudne przeszczepianie skrawków spojówki zwierzęcéj, błony śluzowéj pochwy lub warg, zajęcie, wystawiające na ciężką próbę cierpliwość operatora wobec trudności ustalenia owych skrawków na ruchomych powiekach, czy gałce ocznéj. Wprawdzie usiłowania Tealego i Knappa umożliwiły dziś pokusić się nawet o usunięcie *symblepharon totale,* dawnego *noli me tangere* okulistów za pomocą przeszczepiania płatów szypułkowatych z utrzymanéj części spojówki gałkowéj, jeżeli jednak uwzględnimy, że dzieje się to tylko kosztem upośledzenia ruchomości gałki w innym kierunku, zrozumiemy łatwo, że sposoby te dadzą się tam tylko zastosować, gdzie wobec znacznego zbliznowacenia spojówki, lub wielkiego upośledzenia wzroku z góry rezygnujemy z możliwości przywrócenia prawidłowéj ruchomości gałki i co zatem idzie, prawidłowego, pojedynczego widzenia.

Są natomiast przypadki oparzeń spojówki nie prowadzących do zrostu powiek z gałką w ścisłem słowa znaczeniu, ale tylko do wytworzenia się taśmy bliznowatéj, ciągnącéj od rogówki ku załamkowi (*fornix*), czego następstwem jest upośledzenie mechaniczne ruchomości gałki w kierunku przeciwnym i co zatem idzie, dwuwidzenie. Postaci takie wydarzać się muszą tam, gdzie sparzenie ogranicza się do spojówki gałkowéj w obrębie wolnéj szpary powiekowéj. Chcieć w podobnym przypadku zastąpić bliznowatą taśmę przez plastykę za pomocą przemieszczenia z innéj części spojówki gałkowéj, znaczyłoby w razie udania się plastyki zmienić tylko kierunek ciągnienia gałki na inny, w razie zaś nieprzyjęcia się płatu narazić chorego na większe jeszcze upośledzenie ruchomości oka i dwuwidzenie na większéj przestrzeni pola patrzenia.

W przypadku tego rodzaju udało mi się za pomocą nader prostego zabiegu obejść potrzebę plastyki z doskonałym wynikiem. W. D., walcownik z Huty Bankowéj, doznał w pierwszych dniach kwietnia b. r. sparzenia rogówki i spojówki lewego oka odpryskiem na wpół roztopionéj „szlaki“ żelaznéj. Stwierdziwszy powierzchowne oparzenie rogówki przy dolno zewnętrznym brzegu i spojówki gałkowéj w obrębie zewnętrznéj połowy szpary powiekowéj, zaleciłem atropin, jodoform i okłady lodowe. Dnia 22 czerwca b. r. zgłosił się pacyjent ponownie do kliniki, żaląc się na zawrót głowy i dwuwidzenie zmuszające go do ciągłego zasłaniania oka chorego. Badanie przedmiotowe wykazało: oko lewe w lekkiéj abdukcyi i zarazem nieco ku dołowi skręcone. W miejscu dawnego sparzenia na spojówce gałkowéj blizna w postaci taśmy napiętéj, zajmująca przybrzeżną część dolno-zewnętrznéj ćwierci rogówki pasmem 8—10 mm. szerokiem i ztąd rozszerzając się stopniowo ciągnąca ku dołowi zewnątrz, gdzie się gubi szeroką podstawą w fałdzie spojówki zewnętrznego kącika powiek. Ruchomość gałki odpowiednio temu upośledzona w kierunku ku górze wewnątrz tak, że przy największéj addukcyi brzeg nosowy rogówki styka się zaledwie z liniją łączącą oba punkty łzowe. Badanie widzenia obuocznego wykazuje widzenie zdwojone już przy patrzeniu na wprost nawet w większych odległościach, przyczem obrazek oka chorego (lewego) leży po stronie prawéj i wyżéj. Odległość obrazków w odległości 2 m. ocenia chory na 50 cm. W celu usunięcia przykrego dwuwidzenia, które czyniło chorego niezdolnym do pracy zaproponowałem mu operacyję, na którą tenże chętnie się zgodził.

Dnia 22/6 b. r. wykonałem zabieg w następujący sposób: po znieczuleniu spojówki kokainą i obmyciu oka roztworem sublimatu 1:5000 przeciąłem nożykiem grotowym, a częścią nożyczkami postronek bliznowaty w całej szerokości aż do tkanki podspojówkowej cięciem prostopadłem do kierunku największego napięcia w środku między brzegiem rogówki a kącikiem zewnętrznym powiek (patrz fig. 1 linija a b). Podminowawszy następnie po obu stronach jak niemniej powyżej i poniżej końców cięcia spojówkę tak, aby zwolnić napięcie do prawidłowych granic ruchomości gałki, zeszyłem rankę w kierunku do cięcia prostopadłym — a więc punkt, a z punktem b, dodając jeszcze po 1 szwie po każdej stronie tak, że w rezultacie ranka zeszyta przybrała kierunek do pasma bliznowatego równoległy. Z załączonej fig. 2 widać, że kosztem zwężenia pasma bliznowatego zyskaliśmy na znacznem przedłużeniu całego postronka. Teoretycznie sądząc mogliśmy w ten sposób przedłużyć powięź bliznowata o całą tejże szerokość t. j. 1 cm. w naszym przypadku. W rzeczywistości przedłużenie było takiem, że przy patrzeniu wprost można było widzieć zmarszczki poprzeczne do kierunku blizny. Nawiasowo dodaję, że zbliżenie szwami punktu a z punktem b po poprzedniem wydatnem podminowaniu spojówki dało się z łatwością uskutecznić. Badanie wyniku operacyi zaraz dokonane, wykazało we wszystkich kierunkach widzenie pojedyncze. Po 3 dniach ranka wydawała się już *per primam* zgojona, skutkiem czego usunąłem szwy dotąd ściśle trzymające.



Fig. 1, linija a b.



Fig. 2.

Z góry przygotowany na możliwość zmniejszenia się skutku operacyi w czasie zrastania się podminowanego postronka z tkanką podspojówkową, postanowiłem zatrzymać pacyjenta w obserwacyi i od czasu do czasu stwierdzić dalszy przebieg. Jakoż dnia 27/6 b. r. przy przedstawieniu chorego prof. Rydlowi wykazało badanie, że wprawdzie przy patrzeniu wprost i ku dołowi utrzymuje się wszędzie widzenie pojedyncze, ale przy mocnem zboczeniu płomienia stoczka ku prawej stronie i ku górze obrazek się zdwaja. Wobec dobrego zespojenia ranki usunąłem natychmiast opaskę dotąd stosowaną, przypuszczając, że unieruchomienie gałki wpłynęło głównie na to zmiejszenie się pierwotnego skutku. Zarazem postanowiłem zastosować parę razy postępowanie podane przez Michla przeciw porażeniu mięśni ocznych t. j. naciąganie gałki w kierunku postronkowi przeciwnym, a więc ku górze wewnątrz. Skutek spodziewany nie zawiódł, bo już po 2 naciąganiach nawet przy największem wysunięciu przedmiotu ku górze i na prawo dwuwidzenia wykazać nie można było. Od tego czasu badałem chorego codziennie aż do dnia 3 lipca i zawsze mogłem stwierdzić utrzymywanie zupełnego rezultatu tak co do pojedynczego widzenia, jak należytego nastawiania oka przy próbie przez zastawianie oka. Dnia 2 lipca postronek przedstawiał się tak niemal jak w szematycznym rysunku fig. 2. Chory nad wyraz zadowolony z wyniku naglił z powodu stosunków służbowych do domu tak, że dnia 3 lipca b. r. musiałem go uwolnić z obserwacyi. Wobec blizny pooperacyjnej jednak zupełnie już skonsolidowanej nie wątpię, że wynik ten stale się utrzyma.

Daleki jestem od przeceniania wartości tej drobnej operacyi, sądzę jednak, że w niejednym podobnym przypadku, mogącym nas nakłonić do trudnej, a wskutku niedostatecznej lub wprost nieudalej plastyki możnaby dojść do celu tą łatwą, a tak prostą drogą.

II. Z kazuistyki chorób moczopłciowych.

Podał

Dr. M. Misiewicz w Łodzi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

Gruźlica gruczołu krokowego nagabuje zwykle osoby zołzowate, charłacze lub rozwija się obok gruźlicy jądra, cewki, płuc itd., dalej rozwinąć się może przy wrzodach kostnych, ropniach zimnych lub masach serowatych, usadowionych w miednicy n. p. przy *psoitis tuberculosa* wogóle spotykałem tę złośliwą postać bardzo rzadko. Rozpoznawanie opiera się głównie na anamnezie lub obecności złogów gruźliczych w innych narządach, a nadewszystko na wynikach hodowli wydzielin cewkowych, zawsze przystępnych badaniu, gdyż chorzy tacy skarżą się na skąpą lecz latami trwającą wydzielinę i ciągłe zlepienie otworu cewki. Rozumie się, iż hodowlę wykonać należy z zachowaniem wszelkich możliwych ostrożności, o jakich wspominałem w przypadku trzecim.

W omawianej gruźlicy rozwija się czasem tak silny ból w międzykroczu, w okolicy lędźwiowej i udowej, iż zmuszeni jesteśmy stosować zastrzykiwania morfiny, a to wprowadzać nas może w błąd co do kamicy, lecz badanie moczu, dające tak wyraźne podstawy dla tej ostatniej choroby, łatwo nas z błędu wyprowadzi. Wysięk gruźliczy śród szczęśliwych warunków zachowuje się czas jakiś obojętnie, z czasem jednak cały miąższ gruczołu wypełnia się masą serowatą i podlega prędkiemu rozpadowi, a wytworzone ropnie otwierają się do otrzewny, do pęcherza, kiszki prostej, do cewki lub wreszcie w międzykroczu. Często rozwija się zapalenie otrzewny z zejściem śmiertelnem, lub tworzą się ropnie i guzy gruźlicze, przetoki stolcowe, wrzody zimne itd. Sprawa wikła się zwykle z gruźlicą nerek lub nadnercza. W klinice prof. Dittla miałem sposobność obserwować bardzo charakterystyczną postać gruźlicy gruczołu krokowego, która rozszerzyła się na cewkę i pęcherzyki nasienne, potem zajęła nadnercze prawe, a zakończyła się gruźlicą płuc. To był jedyny spostrzegany przezemnie przypadek gruźlicy pęcherzyków nasiennych.

Chory, charłak gruźliczy, wyrobnik, 50-letni, cierpiał od dawna na gruźlicę nerki i zmarł śród objawów mocznicy. Guz krokowy istniał w tym przypadku od 20 roku życia, dopiero pod wpływem niekorzystnych warunków hygienicznych, wskutek częstej pracy nocnej, do której chory nie nawykł, nieszczęść i strat materyjalnych, które zmusiły go do przepędzania nocy na ulicy i doprowadziły go do nędzy, wystąpiły bóle strzelające w cewce i międzykroczu, a przy badaniu można było wyczuć typowe chełboczące guzki na

gruczole krokowym i cewce, w okolicy gruczołów Cowpera, na całej części błoniastej, a przez odbytnicę wyczuwały się i na szyi pęcherza. Mocz zawierał białko i krew, po części czystą, po części w stanie skrzepłym, a wydzielała się strumieniem, po każdem urynowaniu. Wkrótce wystąpił kaszel i gorączka, chory wychudł niezmiernie, moczu oddawał coraz mniej, nadto wstrzymywał się od wydalania takowego z zamiarem uniknięcia bólów, które stawały się tak gwałtownemi, iż chory jęczał i ściskał zęby. Zupełne wstrzymanie moczu wystąpiło w drugim tygodniu choroby. Sekcyja wykazała liczne gruzełki w lewéj nerce i lewym pęcherzyku nasiennym, po części świeże, po części rozpadłe już i jako masa gęsta się przedstawiające. Obok tego znaleziono część gruczołu krokowego i część błoniastą cewki wypełnioną wielkiemi guzami gruźliczemi, a między niemi resztki tkanek zdrowotnych. Preparat znajduje się w muzeum patologicznem w Pradze.

Gruźlica gruczołu krokowego służy nam często za punkt wyjścia przy rozpoznawaniu; gdy więc znajdziemy ropę i krew w moczu, bezwarunkowo badać należy gruczoł krokowy; jeśli znajdziemy go bolesnym, obrzmiałym, guzkowatym lub kanciasto przekształconym, jeśli jednocześnie w moczu uda nam się odkryć obecność kępek lub strzępków serowatych, wtedy już jest wielkie prawdopodobieństwo, iż mamy do czynienia z gruźlicą narządu moczopłciowego. Czy sprawa ogranicza się tylko w danym razie do gruczołu krokowego i pęcherza, czy też przechodzi na nerki i gdzie występuje pierwotnie? Virchow i Roberts zebrali statystykę omawianéj gruźlicy, a cyfry wykazały 30% więcéj przypadków téj choroby w nerkach; toż samo odnosi się i do natężenia sprawy, która odznacza się o wiele większą siłą niszczącą w nerkach, niż w dolnych odcinkach narządu moczopłciowego. Gdy więc wykażemy w osadzie moczu masy serowate, ropę, prątki gruźlicze itd., wtedy prawie na pewne twierdzić możemy, iż nerki i miedniczki biorą udział w wyższym lub niższym stopniu, wreszcie objawy gorączkowe i charłacze, bóle strzelające w okolicy lędźwiowéj, których nigdy nie brak w *Pyelitis*, utwierdzą nas do reszty w prawdziwości rozpoznania.

Zmiany anatomiczne polegają na nagromadzeniu nacieczeń żółtawych, zlewających się ze sobą i z czasem wypełniających cały miąższ narządu tak, iż nie jesteśmy w stanie odnaleść właściwéj jego budowy; nacieczenia te w cewce sadowią się najczęściéj około otworów wytryskowych, otworów gruczołu krokowego, na fałdach gruczołów Cowpera i w główce koguciéj; w gruczole krokowym nacieczenie serowate rozwija się na górnéj powierzchni zrazików bocznych, potem rozszerza się na płat średni, a ztamtąd na *vas deferens*; w nerkach sprawa zaczyna się najczęściéj na wnęce i moczowodach lub na miedniczkach, ztamtąd powoli rozszerza się na piramidy Bertiniego, a nawet przechodzi na istotę korową, przytem gruzełki miedniczek mają więcéj postać płaską, rozlaną, a gruzełki miąższowe więcéj postać guzkowatą. Nerka wogóle powiększa się, nabiera zarysów niewyraźnych, kąty uwydatniają się, powłoka grubieje, szczególniéj w miejscach, odpowiadających gruzełkom i nabiera odporności prawie chrząstkowatéj, a nawet nosi ślady ognisk serowatych. W późniejszych okresach naciek serowaty otwiera się do miedniczek, a cała nerka przedstawia się w postaci grubego worka, napełnionego gęstą serowatą masą i rozdzielonego gdzieniegdzie włóknami ocalonéj tkanki łącznéj, a nietracącego spójni z miedniczkami. Sprawa rozpoczyna się często z cewki lub szyi pęcherza, lecz najczęściéj z jąder lub przyjądrza, zkąd przechodzi na powrózek nasienny lub też z gruczołu krokowego na pęcherz i moczowody, a w końcu przechodzi na nerki; często jednak na téj drodze pomija niektóre z wymienionych narządów, n. p. zajmuje gruczoł krokowy i miedniczki lub szyję pęcherza i moczowody i t. d.

U kobiet przebieg gruźlicy jest podobny do opisanego, a różnica polega głównie na sposobie rozwijania się i przerzucania gruzełków. Wiemy, iż najczęściéj podlegają gruźlicy trąbki Falopii, rzadziéj jajniki i macica. Statystyka Robertsa, poszukiwania Hubera (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* IV., s. 609) i Hoffmana (*ibidem* III., s. 67) wykazały, iż gruźlica u kobiet przerzuca się z organów płciowych na moczowe, ale nigdy naodwrót. Spotykamy tu najczęściéj gruźlicę nerki lewéj, rzadziéj obydwóch nerek, które po części wskutek zapchania masami serowatemi i zapalenia tkanki łącznéj otaczającéj moczowody (*Periuretheritis)*, po części wskutek nagromadzania wysięku w saméj nerce, przedstawiają się w kształcie mniejszego lub większego guza. W sąsiednich gruczołach chłonnych, gruczołach krezkowych i innych oddalonych narządach spostrzegano liczne wykwity gruźlicy prosówkowatéj; daléj gruźlicę płuc, a nawet serowate przerodzenie i zniszczenie kręgów lędźwiowych, jak to opisał Rosenstein (*Berl. klin. Woch.*, 1886, p. 67).

Pozostaje nam jeszcze określenie, w jaki sposób rozchodzi się jad gruźliczy w ustroju i zkąd dostają się prątki gruźlicze do narządu moczopłciowego. W tym celu przytoczę tu pracę Weigerta i Janiego (*Virch. Arch.*, 1886), które wskazują, iż przy ogólnéj gruźlicy pierwsze objawy takowéj w omawianym narządzie występują prawie zawsze w układzie żylnym. Za pierwotną postać gruźlicy jądra i gruczołu krokowego uważać należy gruzełki żyły nasiennéj i *v. haemorrhoidalis med., v. vesicalis med. et infer.*; w pierwotnéj zaś fazie gruźlicy nerek zawsze znajdziemy gruzełki na żyle nerkowéj. W przypadku Janiego znaleziono na tylnéj powierzchni prawéj żyły nerkowéj, na odcinku średnim, prawie przed zlaniem się z żyłą główną naciek gruźliczy 2·5 ctm. długi, 7 mm. szeroki, żółty, z lekka otorbiony, o nierównéj powierzchni, obok zupełnie niezajętego sprawą światła żyły. Takiż przypadek znajdujemy w opisie Fargana (*Arch. gener. de Med.*, 1886) i Weigerta (*Virch. Arch.*, Bd. 88). Podobnież dzieje się w gruźlicy nadnercza. W przypadku gruźlicy tego narządu, jaki obserwowałem w pracowni prof. Kundrata, znalazłem lewe nadnercze cokolwiek powiększone i zgrubiałe, o znacznéj odporności, a wykwit gruźliczy 11 mm. dłuższéj, a 5 w małéj przekątni, dochodził do powierzchi nadnercza; cięcie drugie, poniżéj pierwszego dokonane, wykazało, iż powstał on z tylnéj ściany żyły nadnerkowéj lewéj, która przedstawiała się w tem miejscu w postaci łoża półksiężycowatego wypełnionego masą serowatą i prawie zupełnie zapychającego światło żyły, aż do ujścia jéj do żyły głównéj; ta ostatnia nie przedstawiała na swym przebiegu żadnych zmian widocznych. Nadnercze prawe pokryte było gruzełkami tylko w górnéj połowie: na odnośnéj żyle, przy ujściu do głównéj, znalazłem trzy wykwity wielkości ziarna prosa, daléj jednak całe jéj światło było wypełnione guzkami większemi tak, iż zgłębnika wprowadzić nie mogłem. Badanie drobnowidowe wykazało zwykłą budowę ognisk serowatych, które ze ścian żyły wkraczały do jéj światła i ginęły na bł. wewnętrznéj, a w pojedynczych gruzełkach i w ścianach ich znalazłem bardzo liczne prątki gruźlicze.

Według Klebsa gruźlica nadnercza powstaje często obok nacieczeń i ropni stawowych, z następczem przerodzeniem serowatem stawów. Sprawa rozpoczyna się tu na błonie surowiczéj, w któréj z powodu kosmkowatej budowy i licznych rozgałęzień żylnych krew płynie wolniéj i usposabia do osa-

dzania się drobnoustrojów. Na poprzecznem przecięciu błony surowiczéj widzimy masę cokolwiek zmarszczoną w stanie nacieku drobnoziarnistego wskutek zgorzeli przybłonka (*coagulatio necrotica endothelii*). Podobne stosunki anatomiczne, jak wiemy, istnieją i w nadnerczu [1]) i w żyle nerkowéj, łatwo więc zrozumiemy, dlaczego w tym narządzie łatwiéj niż w innych rozwijają się objawy gruźlicy. Daléj wiemy, iż w żyle nerkowéj krew przebiega bardzo wolno i że z powodu bardzo obfitego rozgałęzienia naczyń krwionośnych, tworzących liczne zagięcia i rozgałęzienia (Maiglocke) zastoje żylne również łatwo powstać mogą i tam też najczęściéj znajdujemy ogniska gruzełków. Podobne objawy, upoważniające do tego przypuszczenia, widzimy też w sprawach zatorowych (Klebs) i w osadzaniu się w systemie żylnym prątków wąglika. (C. d. n.)

III. Broń palna Manlicherowska a przyszła wojna.

Podał
Dr. Józef Bogdanik,
prymaryjusz szpitala pow. w Biały.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

15) P. U., 37 lat mający, robotnik fabryczny z Płazy, przybył dnia 24/4 rano do szpitala: a) blisko lewego stawu barkowego poniżéj obojczyka jest okrągła rana, mająca 5 mm. w średnicy, z obwódką 1 mm. szeroką, druga rana w linii pozioméj jest poniżéj grzebienia łopatki lewéj, o brzegach nieco nierównych. Ruchy w stawie barkowym upośledzone i bolesne; b) na grzbiecie ręki lewéj tuż koło kości śródręcza palca wskazującego jest okrągła rana, mająca 5 mm. w średnicy, po stronie dłoniowéj téjże ręki jest rana o brzegach nierównych, z których brzeg górny o 2 milimetry po nad dolny wystaje; c) w połowie uda lewego, nieco na wewnątrz od linii środkowéj jest okrągła rana, o średnicy 5 mm. z małym brzegiem nekrotycznym, a na tylnéj powierzchni tegoż uda jest okrągława rana, o średnicy 7 mm., z brzegami nieco postrzępionemi. Rany te poniósł jednocześnie z odległości 30 kroków. Oczyściłem je rozczynem sublimatu $\frac{1}{2}$ ‰ bez przepłókiwania lub sondowania kanałów postrzałowych i założyłem opatrunek jodoformowy. Z ran na przedniéj powierzchni stawu ramieniowego i uda oddzieliła się po dwóch tygodniach mała obrączka nekrotyczna, a dwa tygodnie zaś późniéj były rany zabliźnione z wyjątkiem rany na dłoni, która się dopiero dnia 3/6 wygoiła. Wydzielanie ropy z ran postrzałowych było bardzo nieznaczne i tylko powierzchowne. Z kanałów postrzałowych ropa się wcale nie wydzielała. Ruchomość kończyną górną lewą w stawie barkowym nieco utrudniona, również władanie lewym wskazicielem, mianowicie zginanie, upośledzone. Kość śródręcza tegoż palca zgrubiała.

16) M. K., 24 letni, pomocnik stolarski z Harbutowic, doznał rany postrzałowéj pośladka lewego, pobiegł do domu odległego około 1000 kroków, a nazajutrz to jest dnia 24/4 przybył do szpitala. Rana $3\frac{1}{2}$ cm. długa, $1\frac{1}{2}$ cm. szeroka, kształtu eliptycznego koło lewego górnego kolca przedniego (*spina anterior superior*), o brzegach dość gładkich. Kość biodrowa w okolicy rany obnażona z okostnéj na przestrzeni 4 cm. kw. Kanał postrzałowy drąży przez lewy pośladek i kończy się raną skórną nad lewym brzegiem kości krzyżowéj, gdzie tkwią dwa małe kawałeczki płaszcza osłony stalowéj, które usunięto. Po oczyszczeniu ran założono opatrunek jodoformowy. 26/4 tętno 108, c. 38·7° C. 27/4 t. 90, c. 39·0° C. 28/4 t. 90, c. 38·5° C. 29/4 t. 84, c. 38·5° C. Opatrunek dość mocno przesiąknięty zmieniono. Rana po lewéj stronie kości krzyżowéj wydziela znaczną ilość ropy i strzępki zgorzelinowe. Po nad kością krzyżową chełbotanie. Po nacięciu wypłynęła ropa, a badając palcem natrafiłem w jamie na kawałeczek stali zagiętéj, w któréj był kawałeczek sukna. Kanał postrzałowy i ranę ropiejącą przestrzykałem sublimatem, następnie wpuściłem zawiesinę jodoformu w glicerynie (5%). Opatrunek jodoformowy. Dnia 30/4 t. 78, ciepłota 38·0° C. 1/5 t. 65, c. 37·6° C. 2/5 t. 84, c. 37·0° C. Opatrunek przesiąknięty zmieniono jak w dniu 29/4. Także zmiana opatrunku nastąpiła w dniu 11/5. Ropienie mniejsze. Odtąd przy zmianach opatrunków zaniechałem przestrzykiwań i wpuszczania zawiesiny jodoformowéj, tylko rany przysypywałem jodoformem i opatrywałem antiseptycznie. Za kilka dni utworzył się na pośladku lewym ropień, który przeciąłem. Rana ta zabliźniła się w tydzień, z poprzednich ran zaś powstawała bujna ziarnina, którą przyżegiwałem azotanem srebra. Całkowite zabliźnienie nastąpiło dopiero z początkiem lipca, tak, żem chorego dopiero d. 12/7 z szpitala mógł wypuścić.

17) B. F., wyrobnik wiejski z Międzybrodzia lipnickiego, doznał rany postrzałowéj lewego przedramienia z odległości 150 kroków. Przybywszy nazajutrz do szpitala okazywał po stronie dłoniowéj przedramienia lewego, w odległości 4 cm. od wyrostka rylcowatego kości sprychowéj (*proc. styloideus radii*) eliptyczną ranę blisko jeden centimeter w średnicy mającą; kanał postrzałowy biegnie 5 cm. ku górze, tuż pod skórą i tworzy przy wyjściu przeczos 4 cm. długi i przeszło 1 cm. szeroki. Na sublimatem oczyszczoną ranę, założono opatrunek jodoformowy i ułożono kończynę na miteli. Ropienie było mierne, po 3 tygodniach wytworzyła się w ranie postrzałowéj i wystrzałowéj obfita ziarnina, wymagająca do zabliźnienia 5 tygodni czasu.

18) X. N., 20-letni robotnik fabryczny, doznał ran postrzałowych z odległości 130 kroków, a zgłosiwszy się u mnie trzeciego dnia okazywał na skórze klatki piersiowéj brzucha i na lewym udzie z przodu kilkanaście drobnych, niekształtnych ran, wielkości od ziarnka soczewicy do połowy małego paznogcia, nie drążących przez całą grubość skóry, a mających zupełne podobieństwo do ran, jakie okazują robotnicy w odlewarniach zatrudnieni, jeżeli płynna, wrząca masa metalowa na skórę pryśnie.

W dodatku pozwalam sobie przytoczyć historyję choroby i wynik sekcyi zmarłego wskutek pchnięcia bagnetem w brzuch, którego doznał równocześnie z powyżéj przytoczonymi rannymi od żołnierza.

J. W., 33 lat liczący, pomocnik rzeźniczy z Buczkowic, wkrótce po doznanem uszkodzeniu przybył do szpitala i okazywał prócz rany ciętéj 4 cm. długiéj po nad lewą kością boczną ranę 4 cm. długą w okolicy przodkowego kolca górnego lewéj kości biodrowéj, o brzegach gładkich w środku na 1 cm. odstających. Bębnica, wymioty. Ranę oczyszczoną sublimatem pokryłem opatrunkiem jodoformowym, wewnętrznie koniak, lód, morfinę. Dnia 24/4 tętno 150, bardzo słabe, ciepłota 37·5° C., wymioty trwają daléj, bębnica większa. Opatrunek dość przesiąknięty surowicą krwi zmieniłem i wstrzyknąłem w ranę zawiesinę jodoformu w glicerynie. O 8-méj wieczór zejście śmiertelne.

Sekcyja: rana na brzuchu sięga ukośnie ku stronie prawéj przez wszystkie mięśnie, otrzewna otwarta na przestrzeni 4 cm. Obie ściany kiszki zstępującéj okazują gładkie 3 cm. szerokie, skośne rany na wylot. Podobne rany na jelicie biodrowém. Poniżéj prawego więzu Pouparta gładko przecięta otrzewna na przestrzeni 2 cm. Kanał kończy się ślepo na 2 cm. od więzu Pouparta. Ogólne ropne zapalenie otrzewny. W małéj miednicy nagromadzona ropa i nieco kału.

Krytyczny rozbiór zadanych uszkodzeń.

Jakkolwiek doświadczenie zebrane tutaj nie da się bezwarunkowo przenieść na teatr wojny, strzały bowiem padły z tak małéj odległości, kilkudziesięciu do stokilkudziesięciu kroków, podczas gdy w wojnie dalekonośna broń ta ranić będzie z odległości kilkutysięcy kroków, to jednak choć w przybliżeniu przedstawić sobie z dotychczasowego doświadczenia będziemy mogli obraz rannych w przyszłéj wojnie, jeżeli się zważy tak ogromną chyżość i dalekonośność pocisków, jak to na wstępie wspomniałem. Wielkiéj bowiem różnicy między ranami temi a zadanemi z odległości kilkuset

[1]) Patrz: „Poszukiwania nad innerwacyją nerki", *Nowiny Lekarskie*, Nr. 3—5, r. 1889.

do dwutysięcy kroków nie będzie, jak to zresztą porównanie z wynikami doświadczeń na zwierzętach okaże, w czem się powołam na powyżéj przytoczoną pracę doświadczalną Dra Habarta jako i Brunsa [1]). W ocenieniu uszkodzeń osobno się zastanowię nad temi, które zadala kula w postaci niezmienionéj t. j. tak, jak z lufy wyrzuconą została, a osobno nad ranami zadanemi kulą odbitą, która tym sposobem straciwszy pierwotny kształt i objętość inne zadać musiała uszkodzenia.

a) Rany zadane kulą całą.

Pocisk cały z tak małéj odległości trafiając części ciała o mniejszéj czy większéj zbitości, mniejszéj czy większéj objętości przeszywał ciało na wylot, czyniąc rany stosunkowo nie wielkie, a przeszywając wszystko, co po drodze napotykał w jednéj linii prostéj, łączącéj ranę postrzałową z raną wystrzałową. Rany te niewątpliwie i z odległości kilkutysięcy kroków będą nie inne, jak to Dr. Habart podaje, kiedy kula z odległości 1500—2000 kroków przeszła ciało końskie na wylot. Prof. Bruns przeszył z odległości 100 kroków 5 zwłok ludzkich. W zwłokach do doświadczeń użytych nie znaleźli i z téj odległości kul, tak jak ja całéj kuli nie znalazłem. (C. d. n.)

IV. Z pracowni własnéj.

Poszukiwania nad znachodzeniem się prątków durowych w moczu osób durem dotkniętych.

Podał

Dr. Justyn Karliński

w Stolacu w Herzegowinie.

(Dok. Patrz Nr. 28).

Jak to już poprzednio wspomniałem, badanie bakteryjologiczne moczu podjąłem był jeszcze w 38 przypadkach duru i to za życia pacyjentów, na tem miejscu przedkładam w krótkości odnośne wyniki.

VII. 4-ty dzień choroby. W moczu wybitne ślady białka, ciepłota 40·2. Mocz wypuszczono za pomocą zjałowionego cewnika, tenże zawiera w 21 hodowlach płytkowych uskutecznionych z 1 ctm³, 14 kolonij prątka durowego. Następnego dnia znaleziono tąż drogą równą ilość prątków, w 8-ym dniu choroby z powiększeniem się ilości białka w moczu wzmaga się i ilość prątków, mocz zawiera tychże średnio 60 w 1 ctm³. Ku końcowi drugiego tygodnia choroby, z obniżeniem się ciepłoty i zmniejszeniem się ilości białka opada również i ilość prątków. Brak ich zupełny w 16 tym dniu choroby, w którym to czasie białka w moczu wykazać nie można było.

VIII. 6-ty dzień choroby. Ciepłota 39·6, mocz winożółty bez białka, hodowle płytkowe i obrotowe pozostały jałowemi. W 10-tym dniu choroby stały ślad białka, brak jednak prątków durowych, które w tym czasie w kale już wykazanemi być mogły.

IX. Atypowy przypadek duru z małemi podniesieniami ciepłoty. Prątki durowe w kale wykazano 14-go dnia choroby. Mocz przez cały czas przebiegu choroby bez białka i bez prątków durowych.

X. Ciężki przypadek duru połączonego z zapaleniem włóknikowem płuc (obacz przypadek VIII. w pracy „*Zur Frage der Entstehung der typhoesen Pneumonie*“). Prątki durowe w kale wykazano w 12-tym dniu choroby, w 13-tym występuje białkomocz, w moczu 60 kolonij prątka durowego w 1 ctm³. Po śmierci wyhodowano z miąższu płucnego prątki durowe i *Streptococcus pyogenes*.

XI. Białkomocz wystąpił w 3 dniu choroby. Prątki durowe w moczu dały się wykazać od 3 do 14 dnia choroby. Ilość ich codziennie prawie się zwiększa, prątki durowe w kale wykazać się dały w 14-tym dniu choroby.

[1]) *Die Geschosswirkung der neuen Kleinkalibergewehre* von Dr. Paul Bruns. Tübingen, 1889.

XII. Przypadek duru o przebiegu typowym, jednak bez białkomoczu, prątki durowe w kale wykazano 10-go dnia choroby. W moczu brak tychże zupełny.

XIII. Atypowy przebieg duru o niskiéj i często opadającéj gorączce. Prątki durowe w kale wykazać się dały zaledwo w 17-tym dniu choroby. W moczu brak zupełny białka i prątków durowych.

XIV. 6-ty dzień choroby. Ciepłota 40·6°, w moczu wielkie ślady białka, w 1 ctm³ 120 kolonij prątka durowego. Ilość kolonij w moczu wzrasta równolegle do wzmagania się śladów białka w moczu. Prątki durowe w kale wykazać się dały w 11-tym dniu choroby. Ze względów socyjalnych zaniechać musiano obdukcyi zmarłego w 14-tym dniu choroby pacyjenta.

XV. Białkomocz występuje 5-go dnia choroby, w tymże czasie wykazano w moczu za pomocą hodowli płytkowych i obrotowych 16 kolonij prątka durowego w 1 ctm³. Ilość tychże wzrasta aż do 16-go dnia choroby, w którym to dniu w 1 ctm³ 232 kolonij w moczu. Prątki durowe w kale dały się wykazać w małéj ilości dopiero w 15-tym dniu choroby.

XVI. Atypowy przypadek duru połączonego z żółtaczką. Białkomocz występuje w 6-tym dniu choroby. Prątki durowe w nader małéj ilości wykazano w moczu już w 6-tym dniu, w 10 tym ilość ich wynosi 10 w 1 ctm³. Prątki durowe w kale dały się wykazać dopiero w 17-tym dniu choroby.

XVII. Białkomocz występuje w 2-gim dniu choroby; prątki durowe w moczu dały się jednak dopiero w 7-mym dniu choroby wykazać, ilość tychże w 8-mym dniu wynosi 21 w 1 ctm³.

XVIII. Typowy przypadek duru z przemijającemi śladami białka w moczu w 3 i 4-tym dniu choroby. Prątków durowych w moczu mimo przedłużonego aż do 17-go dnia choroby badania wykazać nie można, natomiast w kale w 13-tym dniu choroby wielkie ilości tychże.

XIX. 9 ty dzień choroby. Ciepłota 40·2° C., brak białkomoczu i prątków durowych w moczu; tenże sam wynik aż do 14-go dnia choroby, w którym mimo opadnięcia ciepłoty naraz występuje białkomocz z wielką ilością prątków durowych w kale. Tenże wynik utrzymuje się aż do 24-go dnia choroby, w którym ropę w moczu wykazano, poczem prątki durowe w moczu zupełnie zginęły.

XX. Typowy przebieg duru, bez białkomoczu i prątków durowych w moczu. Prątki durowe w kale wykazano w 10 tym dniu choroby.

XXI. Atypowy przypadek duru z częstem opadaniem i ponownem wzmaganiem się ciepłoty. Brak białkomoczu i prątków durowych w moczu; w kale wykazać się one dały od 10 do 21-go dnia choroby.

XXII. Atypowy przypadek duru. Prątki durowe w kale wykazano w 13-tym dniu choroby. Brak białkomoczu i prątków durowych w moczu.

XXIII. 4-ty dzień choroby, ślady białka w moczu, w 1 ctm³ 8 kolonij prątków durowych. Też same dały się w kale w 13-tym dniu choroby wykazać, znikają zaś w moczu w 16, w kale w 21-ym dniu choroby.

XXIV. Atypowy przypadek duru, prątki durowe w kale wykazano 10-go dnia choroby. Brak białkomoczu lub prątków durowych w moczu przez cały przeciąg choroby.

XXV. Atypowy przypadek duru bez białkomoczu. Prątki durowe w kale wykazano w 11-tym dniu choroby, w moczu brak ich zupełny.

XXVI. Atypowy przypadek duru połączony z zapaleniem płuc włóknikowem. Białkomocz 7 go dnia choroby, w 8-ym w 1 ctm³ niezliczona ilość prątków durowych przy zupełnym braku innych drobnoustrojów. Tenże sam wynik aż do przełamania się zapalenia płuc w 13 tym dniu choroby, znikają one zupełnie w dniu 14-tym. Prątki durowe w kale dały się wykazać w 17-tym dopiero dniu choroby.

XXVII. Atypowy przypadek duru; prątki durowe w kale wykazano w 9-tym dniu choroby, w moczu brak ich równie jak i białka.

XXVIII. Atypowy przypadek duru z małemi wzniesieniami ciepłoty. Prątki durowe w kale wykazano w 11 tym dniu choroby; brak białkomoczu i prątków durowych w moczu.

XXIX. Atypowy przypadek z szczególniejszemi, zupełnie przebieg zimnicy przypominającemi wzniesieniami okresowemi ciepłoty. Prątki durowe w kale wykazano w 13-tym dniu choroby, w moczu brak białka i prątków durowych.

XXX. Przypadek zupełnie poprzedniemu podobny. Białkomocz występuje w 6-tym dniu choroby, prątki w moczu w nader małéj ilości. Ilość tychże wzrasta w następnych dniach 4-ech i wynosi w 11-tym dniu 60 w 1 ctm³.

XXXI. Atypowy przebieg duru z wzniesieniami okresowemi ciepłoty, przypominającemi przebieg duru powrotnego. Prątki durowe w kale dały się dopiero w 17-tym dniu choroby wykazać. W moczu brak białka i prątków przez cały przebieg choroby.

XXXII. Dziecię 9-letnie zapada wśród stałego podniesienia się ciepłoty, bez śladów jakiejkolwiek wysypki, bez zaburzeń w przewodzie pokarmowym lub oddechowym. Aż do 4 go dnia choroby rozpoznanie musiało pozostać w zawieszeniu; w tymże dniu występuje białkomocz, a badanie bakteryjologiczne moczu wykazuje dopiero w 6-tym dniu choroby prątki durowe w tymże przypadku pomięszane wraz z *Streptococcus pyogenes*. Tenże sam wynik badania wśród następnych dni 8-iu. W 14-tym dniu choroby występują stolce płynne krwawe, w których prątki durowe wykazano.

W przypadkach o typowym przebiegu Nr. XXXIII, XXXIV, XXXV nie zauważono białka moczu, w tychże badanie bakteryjologiczne moczu podjęte codziennie wydało wynik ujemny. Prątki durowe w kale dały się już w 11-tym dniu choroby wykazać.

XXXVI. Typowy przypadek z białkomoczem począwszy od 4-go dnia choroby. Prątki durowe w moczu wykazano w 5-tym, w kale dopiero w 12-tym dniu choroby.

XXXVII. Atypowy przypadek duru z krótkotrwałem podniesieniem się ciepłoty połączony z żółtaczką. Białkomocz występuje w 8-ym dniu choroby. W moczu w 1 ctm³ 12 kolonij prątka durowego.

W atypowych przypadkach Nr. XXXVIII, XXXIX, XL nie znaleziono białkomoczu, wynik badania bakteryjologicznego moczu ujemny. W kale pojawiły się prątki durowe od 14-go dnia choroby począwszy.

XLI. Typowy przypadek duru z znacznem podniesieniem ciepłoty. W 3 im dniu choroby ślad białka w moczu, brak jednak prątków durowych tamże. Dopiero z pojawieniem się wybitniejszych śladów białka w 7-ym dniu występują one w moczu, w kale wykazano je w 13 tym dniu choroby.

XLII. Przypadek duru z nadzwyczaj silną osutką tak, że zaraz o durze osutkowym myślano. Białkomocz występuje w 2-gim, moczenie krwią w 3 im dniu choroby. W tymże dniu w 1 ctm³ 37 kolonij prątka durowego. Prątki te wahając ilościowo utrzymują się aż do 17-go dnia choroby. W kale dały się wykazać w 13-tym dniu choroby.

W świeżo obserwowanych przypadkach Nr. XLIII i XLIV nie znaleziono w moczu białka i prątków durowych.

Zbierając wyniki dopiero co podanych poszukiwań znajdziemy w pierwszéj linii, że wśród 44 obserwowanych przypadków tak typowego jak i atypowego duru brzusznego badanie wydało w 21 przypadkach wynik dodatni, a mianowicie były to bez wyjątku te przypadki, w których białkomocz znaleziono. W przypadkach pojawienia się przemijającego białkomoczu prątków durowych nie znaleziono. W drugim razie prątki durowe w moczu dają się o wiele wcześniéj niż w kale wykazać; tamże, jak mnie na innem miejscu wspomniane odnośne badania pouczyły, zwykły się też co najwcześniéj w 9-tym dniu choroby pojawiać, podczas gdy w moczu wykazanie nie rzadko już w 3-cim dniu choroby udaje się. Badaniu bakteryjologicznemu moczu w przypadkach podejrzanych wartości środka dyjagnostycznego odmówić nie można. Badanie to udaje się daleko łatwiéj niż badanie kału na prątki durowe, gdyż jeżeli tylko należycie zjałowiony cewnik i naczynia użytemi zostały, braknie zupełnie utrudniających badanie kolonij drobnoustrojów gnilnych lub powietrznych i otrzymuje się albo zupełnie jałowe płytki, albo też hodowle czyste prątka durowego.

W poszukiwaniach powyżéj podanych raz jeden udało mi się obok prątka durowego znaleźć *Streptococcus pyogenes*, który się nie rzadko w zapaleniach poszkarlatynowych nerek w moczu znachodzi, być może, że opisany przypadek był mięszanem zakażeniem szkarlatynowo durowem. Posługiwanie się równoległe hodowlami płytkowemi i obrotowemi ułatwia niezmiernie badanie, gdyż przez to w razie znalezienia obok prątków durowych innych drobnoustrojów łatwo rozstrzygnąć można, czy takowe przypadkiem nie spadły z powietrza w ciągu badania.

W dalszym ciągu poszukiwań moich podjąłem szereg doświadczeń nad zachowaniem się prątków durowych w moczu białko zawierającym i w tym celu zebrany do jałowych naczyń mocz zachowywałem przy ciepłocie termostatów 32° C., 36°C., 39°C., obserwując codzienne wzmaganie się ilości prątków.

Załączona tabliczka wyników opartych, co prawda, na niewielkiéj ilości spostrzeżeń służyć może jako przykład.

Ilość kolonij w 1 ctm³ moczu.

	I.			II.			III.			IV.			V.			VI.			VII.			VIII.		
Dzień	32	36	39	32	36	39	32	36	39	32	36	39	32	36	39	32	36	39	32	36	39	32	36	39
I.	16	16	16	60	60	60	40	40	40	12	12	12	6	6	6	15	15	15	26	26	26	230	230	230
II.	30	90	160	460	510	710	—	—	—	—	—	790	73	200	760	36	790	1000	940	2140	3600	—	—	7600
III.	190	300	—	700	1100	—	610	—	3000	—	—	910	—	—	—	290	1900	—	—	—	—	—	6400	11000
IV.	300	740	965	—	—	3900	1900	2900	—	—	1100	—	270	—	960	400	3000	7400	1000	9136	—	3000	25000	∞
V.	300	860	1060	—	3270	6000	2900	—	7900	—	2400	—	520	—	1060	490	—	—	—	—	—	—	—	∞
VI.	690	—	1300	—	4116	6000	—	4000	11000	710	4700	11460	690	1400	1700	910	7400	10000	2500	—	—	—	—	∞
VII.	690	1400	1700	2100	7100	1000	—	—	17890	—	—	13240	900	1700	4000	1400	—	10000	—	10000	14890	10960	∞	—
VIII.	900	—	2900	4900	∞	∞	—	6800	∞	—	—	17690	—	2000	7600	4700	—	28000	7490	∞	∞	—	∞	—
IX.	900	3000	4600	∞	∞	∞	7800	10000	∞	1400	10690	—	—	3600	—	11060	29000	47000	9700	—	∞	∞	∞	∞

Z cyfr tych wypływa, że w moczu białko zawierającym prątki durowe żywotność swoją zachowują i nawet rozmnażają się, że rozmnażanie się w ciepłocie 36° i 39° C. prędzéj do skutku przychodzi niż w ciepłocie 32° C. W dwóch próbkach z moczu zawierającego białko i prątki durowe rozcieńczonych równą ilością normalnego jałowego moczu prątki durowe zachowały żywotność swoją 170 dni. W moczu żółtaczkowym zginęły już po 5-ciu dniach.

Stolac w czerwcu 1890

Literatura: [1]) Revue des méd. 1881 p. 671. — [2]) Deutsche med. Wochenschrift 1885. — [3]) Bacteriologische Studien zur Typhusaetiologie p. 16. — [4]) Fortschritte der Medizin 1886, p. 447. — [5]) Archives de Physiologie normale et pathologique 1887, p. 252. — [6]) Centralblatt für Bacteriologie. Bd. 6, 1889, Nr. 24. — [7]) Karliński: Zur Kenntniss der atypischen Typhusfälle (Münch. med. Wochenschr. 1889, Nr. 46—47. — Przyczynek do znajomości duru brzusznego o nietypowym przebiegu. Nowiny Lekarskie 1889, Nr. 8—9. — [8]) Fortschritte der Medizin 1889, Nr. 18.

V. Oceny i sprawozdania.

Wysoko usadowiony rak odbytnicy. — Operacyja podług Kraskego z zastosowaniem pierwotnego obwodowego szwu kiszkowego. — Wyleczenie.

Z kazuistyki krajowego szpitala w Czerniowcach, wraz z ogólnemi uwagami nad metodami operacyi raka odbitnicy,

skreślił

Dr. Włodzimierz Załoziecki,

Prymaryjusz oddziału chirurgicznego tegoż szpitala.

(Podług odczytu mianego w Towarzystwie lekarzy Bukowińskich dnia 29 Marca b. r. [1]).

Z pośród licznych chorych dotkniętych rakiem zasługują najbardziéj na współczucie ze strony lekarza ci nieszczęśliwi, którym rak odbytnicy dostał się w udziele, gdyż takowy tak z powodu swéj złośliwości w przebiegu, jak również z powodu nieszczęśliwéj swéj lokalizacyi jest powodem tak niewymownych katuszy, iż często w praktyce napotykamy chorych dotkniętych powyższem cierpieniem, którzy mimo heroicznego usposobienia i hartu z utęsknieniem wyczekują rychléj zamiany swego ciężko doświadczonego żywota na śmierć. W rozpaczliwem swojem położeniu chorzy decydują się nader prędko na każdą operacyję, a wobec niedołężności i niebezpieczeństwa dawniejszych metod operacyjnych do niedawnego czasu sumiennego chirurga nie mało dręczyła niepewność, czy w przypadkach znaczniejszego postępu choroby, (a niemal same tylko takie przypadki były dotychczas przedmiotem konsultacyi chirurgów, albowiem miejscowe badanie odbytnicy tak rzadko i po dziś dzień się w wewnętrznéj praktyce wykonywa, że wczesne rozpoznanie raka odbytnicy do rzadkich niestety należy zdarzeń), należało doradzać do operacyi radykalnéj, lub nie. Ja z méj strony w początkach praktyki mojéj po kilkukrotnych smutnych doświadczeniach co do metody Lisfranca i Dieffenbacha ostatecznie z zasady tego rodzaju chorych wysyłałem do klinik w Krakowie i Wiedniu, a gdy wyniki i tych przez mistrzów chirurgii wykonanych operacyj nie były pożądanym skutkiem uwieńczane i u tych chorych nawet, którzy operacyję szczęśliwie przebyli, nader prędko recydywa się okazywała, zaniechałem całkowicie w minionym dziesiątku lat doradzenia radykalnéj operacyi, zalecając tylko kolotomiję, aby przynajmniéj po części zmniejszyć cierpienia owych nieuleczonych pacyjentów i uczynić ich egzystencyję, o ile to w ogóle możebnem jest, znośniejszą. Nader jednak małe zadowolenie ta rada mnie i chorym przynosiła, a zrobiwszy spostrzeżenie, że u nas na Bukowinie i w pogranicznych częściach Mołdawii i Besarabii, szczególnie wśród żydowskiéj ludności, raki najniższego odcinka odbytnicy nie należą wcale do rzadkości, śledziłem z całą uwagą wszystkie zabiegi proponowane celem niesienia pomocy w téj chorobie.

Dawne, jeszcze w roku 1822 podane przez Lisfranca postępowanie wyłuszczenia odbytnicy, które dla pewnych przypadków jeszcze dzisiaj stanowi utartą metodę, zasadza się, jak wiadomo, na przeprowadzeniu dwóch cięć półksiężycowatych naokoło rzyci, przyczem rzyć i odbytnica jako całość zamknięta zostają odpreparowane aż do zdrowéj granicy z periproktalnéj tkanki łącznéj, a następnie poprzecznie odcięte, poczem ściągnięty górny koniec zdrowéj kiszki przyszywa się kilkoma szwami do zewnętrznéj skóry. Operacyję Lisfranka wykonałem po trzykroć jeszcze w czasach przedantyseptycznych; w dwóch przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne wskutek flegmony dna miednicy i to w kilka dni po zabiegu chirurgicznym, trzeci zaś przypadek zakończył się wprawdzie po długotrwałem ropieniu wyzdrowieniem, jednakże w trzy miesiące późniéj nastąpiło również zejście śmiertelne skutkiem recydywy.

W tych przypadkach rakowego zwyrodnienia odbytnicy, które powyżéj *anus* się zaczynają i w których guz znachodzi się w ścianie kiszki w formie ograniczonéj i odosobnionéj, postępowanie o tyle jest ułatwionem, iż pospolicie guz taki daje się przecisnąć przez zawieracz i w ten sposób cały obrzęk odbytnicy może być wyłuszczony pod kontrolą oka. Tego rodzaju obrzęk, wielkości pięści, wyłuszczyłem z łatwością w ubiegłym roku u 50 letniego mężczyzny, przyczem po założeniu dokładnego poprzecznego szwu osiągnąłem rychłe i piękne zagojenie.

Simon usiłował w przypadkach takich, w których obrzęk nie dawał się żadną miarą zepchnąć ku dołowi, ułatwić sobie dostęp do niego w ten sposób, że przez silne rozciąganie zwieracza za pomocą zahaczonych palców uczynił go chwilowo porażonym. W przypadkach, w których manewr powyższy nie wystarcza, radzi Simon wykonać przez siebie podane tylne cięcie prostnicy *(Hinterer Rectalschnitt)*, aby w ten sposób uzyskać dostęp do właściwego miejsca.

Przy rozległych i powyżéj *portio analis* rozpoczynających się zwyrodnieniach kiszki stolcowéj przez długi czas najbardziéj w użyciu było postępowanie Dieffenbacha. Polegało ono z jednéj strony na rozcięciu wejścia do kiszki stolcowéj aż do miejsca schorzałego od *anus* aż do koniuszka kości ogonowéj, z drugiéj strony na cięciu przodowem w linii środkowéj międzykrocza, a następnie połączenia obu tych cięć podłużnych za pomocą dwóch cięć poprzecznych w środku kiszki. Daléj wypreparowywało się zwyrodniały odcinek kiszki, odcinało się go poprzecznie w zdrowéj już tkance i przyszywało się górny koniec do poprzecznych cięć pozostałéj zdrowéj części rzyci. Również i tą metodę wykonałem trzy razy z rzędu w czasach przed wprowadzeniem przeciwgnilnego postępowania, raz tylko jednak z pomyślnym skutkiem, w dwóch bowiem przypadkach ulegli chorzy posocznicy zaotrzewnowej tkanki łącznéj.

Korzystniejsze rezultaty metodzie Dieffenbacha zapewnił dopiero Volkmann, który zapobiegł tak bardzo groźnemu zapaleniu tkanki łącznéj miednicy, przez osączenie poza odbytowe i antyseptyczne irygacyje rany.

Gorącemu poleceniu Volkmanna i Esmarcha operacyi raka odbytnicy należy zawdzięczyć, iż obecnie zwrócono baczną uwagę także na tę sprawę chorobową i szukając dróg nowych, istotnie znaleziono takowe! Tak n. p. polecił Kocher swe cięcie podłużne mające na celu odsłonięcie odbytnicy na znaczniejszéj przestrzeni bez przecinania ściany kiszki, poczem za pomocą resekcyi kości ogonowéj ułatwia sobie dostęp do wysoko usadowionych raków odbytnicy.

Wszystkie jednak tu wymienione metody miały tę stronę ujemną, iż przy wyżéj usadowionym raku nie dawały jeszcze zawsze dostatecznego dostępu do siedziby choroby, przyczem znaczne krwotoki z jednéj, a flegmone sąsiednich części z drugiéj strony, zabierały jeszcze zawsze tak wiele ofiar po tym zabiegu chirurgicznym, iż ostateczne wyniki téj operacyi jako stanowczo niepomyślne uważać wypadało. I tak przytaczam tu zestawienie Dra Stierlina (*Beiträge zur klinischen Chirurgie*, fünfter Band, drittes Heft), z którego wynika, że Küster miał 58·3%, Rose 53%, Billroth 39·3%, König 24·00% śmiertelności w czasach poprzednich.

Smutne te stosunki uległy w ostatnich czasach nadzwyczaj korzystnéj zmianie, odkąd genijalny pomysł Kraskego, aby przez resekcyję kości krzyżowéj uczynić sobie dostęp do schorzałéj kiszki, wśród zupełnéj możliwości tamowania, krwotoku, stworzył nową erę także dla tych ofiar raka, które

[1]) Rzecz tłumaczona przez autora samego z rękopismu niemieckiego, ogłoszonego w *Med. Blätter.*

z powodu wysokiego usadowienia się nowotworu dotychczas za stracone uważano.

Jakkolwiek nader krótki przeciąg czasu minął od chwili, gdy metoda powyższa poraz pierwszy do publicznéj wiadomości podaną została (XIV. Zjazd niemieckich chirurgów r. 1885), to jednak stosunkowo liczne już są ogłoszone przypadki pomyślnych tego rodzaju operacyi, a w szczególności wyśmienitą jest w tym kierunku w Austryi praca docenta Dra Hochenegga, która pojawiła się w rocznem sprawozdaniu z c. k. pierwszéj chirurgicznéj kliniki uniwersyteckiéj (Wiedeń, 1889). Hochenegg udoskonalił w wysokim stopniu całą technikę operacyjną powyższego zabiegu i podał ze względu na stronę praktyczną tak ważne odmiany operacyi Kraskego, iż wobec świetnych wyników jego statystyki dziwić się nie można, że zbawienna ta operacyja zyskała sobie także u nas dobrze zasłużone prawo obywatelstwa. Gdy jednak prof. Kraske w drugiéj z rzędu publikacyi (*Berliner klinische Wochenschrift*, Nr. 48, 1887) podał do wiadomości, iż stracił dwóch operowanych, u których założył obwodowy szew kiszkowy, z powodu rozstąpienia się linii szwu wywołanego naciskiem mas kałowych z następowem dostaniem się tychże do jamy otrzewnowéj, poczęły się usiłowania chirurgów odwracać poniekąd od owego najbardziéj idealnego zabiegu, a zwracać raczéj do poprzedzającéj kolotomii i na razie tylko do częściowego spojenia światła kiszki, aby tym sposobem zapewnić pomyślny skutek i ocalić chorego przed podobną ewentualnością. Sam Hochenegg z swą świetną statystyką (na 12 bowiem operowanych nie stracił ani jednego pacyjenta), wykazuje zaledwie 2 przypadki (przyp. I. i XI.), w których przy jednoczasowym obwodowym szwie kiszkowym z zupełnie dodatnim wynikiem przyszło do całkowitego wyleczenia. Wreszcie podnoszą z zestawienia Hochenegga, iż dotychczas znane są tylko 3 przypadki na 9 operacyj Kraskego, w których przy zastosowaniu pierwotnego zupełnego szwu kiszkowego, przyszło do zupełnego wyleczenia (2 przypadki Hochenegga, 1 przypadek Kraskego), podczas gdy 4-ty przypadek Schedego zakończył się częściowem tylko wyleczeniem, a 5 przypadków zakończyło się zejściem śmiertelnem (1 Rinnego, 1 Weinlechnera, 2 Kraskego i 1 Lauensteina).

Samo przez się rozumie się, iż zawisło to w pierwszéj linii od danego przypadku, czy w ogólności należy założyć pierwotny zupełny szew kiszkowy, a prof. Kraske kładzie szczególny nacisk na tę okoliczność, że do tego nadają się jedynie te przypadki, w których postępowanie przygotowawcze daje się ze skutkiem przeprowadzić, a to jest tylko tam możliwe, gdzie zwężenie wywołana przez raka nie jest jeszcze tak wielkiem, aby wypróżnienie kiszki czyniło niemożliwem. (Dok. nast.)

VI. Sprawozdanie z II-go Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie.

(*dzień I-szy 15 lipca 1890 r.*)

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

Wykład V. Kol. Hempel: „O działaniu chloroformu na narządy wewnętrzne.“ Powtarzając doświadczenia Strassmana i Ostertaga, którzy doszli do dwóch głównych rezultatów: 1) po dłuższéj narkozie chloroformowéj chloroform sprowadza stłuszczenie wszystkich organów miąszowych, 2) śmierć chloroformowa następuje wskutek porażenia mięśnia sercowego używał kol. Hempel do swych doświadczeń psów jako zwierząt, które najlepiéj znoszą chloroform. Psy były narkotyzowane przez 2 do 7 dni po 5, 9, 12 i 20 godzin ogółem, po skończonem zaś doświadczeniu dobijano psa chloroformem.

Przed doświadczeniem oznaczał Dr. Hempel ilość ciałek czerwonych, procent haemoglobiny i temperaturę zwierzęcia. Po dobiciu zwierzęcia chloroformem badał mikroskopowo krew i skrawki poszczególnych narządów. We krwi zmian nie znalazł. Co do serca, to mięsień sercowy znajdował mikroskopowo zmieniony, barwą nie różnił się od normalnego. W prawéj komórce znajdował skrzepy i rozszerzenie tejże komory. Lewa komora bywała próżna lub zawierała nie wiele krwi płynnéj. Zwyrodnienia tłuszczowego, w celu wykrycia którego używał kwasu osmowego, zupełnie nie znajdował, tylko substancyja kitowa była zaznaczoną w postaci smug, które zależnie od długości czasu narkozy były szersze lub węższe. Największe zmiany okazywała wątroba. Torebka była gładka, miąsz nieco bledszy, części miąszu obwodowe okazywały zabarwienie pomarańczowe, wewnętrzne były zabarwienia czerwonawego. Po dłuższéj narkozie wątroba przedstawiała obraz zwyrodnienia tłuszczowego i gdzieniegdzie strąty żółci. Co do nerek, to tu miąższ był prawidłowy, rzadko tylko bledszy, budowa i odgraniczenie warstw wyraźne. Mikroskop wykazywał odmienne zmiany w kanalikach i kłębkach. Przybłonek kanalików okazywał zziarnienie, przybłonek zaś kłębków tego nie okazywał, lub w nieznacznym tylko stopniu. Torebka Bowmana okazywała silniejsze zziarnienie. Krew mikroskopowo badana pokazuje, że ilość ciałek czerwonych się nie zmienia, ilość haemoglobiny opadala o 5 do 10%, krew ma woń chloroformu. Co do temperatury, to ta w stanie podniecenia podnosi się o kilka dziesiętnych do 1°, późniéj opada mniej więcéj w tych samych granicach. Badanie moczu wykazało tylko jedyny raz białko, częściéj znajdowano barwiki żółci, ciałek krwi nie znaleziono nigdy.

Wykład VI. Kol. Jasiński: „Pyoktanina w chirurgii.“ Prelegent idąc za Stillingem, który miał mieć po stosowaniu pyoktaniny znakomite rezultaty, poczyna sam tegoż używać, lecz rezultaty jego są niestety tylko ujemne. Według Stillinga pyoktanina jest świetnym antyseptykiem, bo posiada trzy główne stawiane wymagania, mianowicie a) bywa łatwo resorbowanym przez drobnonstroje, b) nie tworzy strupa, c) ma świetne własności dyffuzyjne. To głównie skłoniło kol. Jasińskiego do wprowadzenia w użycie tego nowego środka, wyniki jednak, jakie otrzymywał, skłoniły go do prędkiego usunięcia tego środka, gdyż stosowany do ran, wywoływał albo wyprysk, albo obraz podobny zupełnie do szankra. W 10ciu przypadkach stosowany nie dał żadnego wyniku dodatniego. Kol. Jasiński używał roztworu 1 na 500. Idąc za przykładem Jakowskiego, który roczczynem 1:5000 pyoktaninu niszczył prątki ospowe, zapalno-płucne i inne, zmięszal ropę sterylizowaną z tymże barwikiem, preparat ten szczepił i rzeczywiście nigdzie nie obserwował rozwinięcia się *staphylococcus pyogenes albus*, w jednéj tylko epruwetce wytworzyła się pleśń. Zwróciło to jego uwagę tem bardziéj, że nie zgadzało się z twierdzeniem Stillinga. Ustawił więc dwa naczynia wypełnione pyoktaniną w miejscu, gdzie mógł się łatwo pleśni spodziewać i po krótkim czasie takową na pyoktaninie rzeczywiście otrzymał. Pleśń ta przeszczepiona na agar dawała bardzo bujne pleśniowe kultury. Z tego powodu uważa, że pyoktanina nie jest dobrym antyseptykiem, owszem często przygotowuje grunt dla bakteryi. Przytacza jeszcze na poparcie wyniki kilku badaczy, prawie wszędzie co do pyoktaninu ujemne i z tych powodów odmawia pyoktaninie własności antyseptycznych. W żywéj dyskusyi brali udział: kol. Ciechomski, który stwierdza, że Jakowski w pożywce z domieszką pyoktaninu po 24 godzinach żadnych nie miał drobnoustrojów. Kol. Weber na mocy dość nielicznych wprawdzie jeszcze obserwacyj przechyla się do zapatrywania prelegenta.

Kol. Schram nie przyznaje tego, że pyoktanina przygotowuje grunt dla bakteryi i przytacza dobre wyniki, jakie otrzymał prof. Krówczyński we Lwowie stosowaniem pyoktaniny w bubonach i na tem kończy się dyskusyja.

Wykład VII. Kol. Łepkowski: „O leczeniu miejscowéj gruźlicy jodoformem i balsamem peruwijańskim.“ Z 60-iu przypadków, jakie w klinice chirurgicznéj i w szpitalu św. Ludwika obserwował, mimo że we większéj części zagojenie dość szybko następowało, balsam peruwijański tak obszerne dziś mający zastosowanie, według prelegenta jest tylko środkiem, który przez drażnienie pobudza do szybszych granulacyi, na któréj jako na tkance zdrowéj prątki nie znajdują gruntu i daléj rozszerzać się nie mogą. Za środek leczniczy w gruźlicy uważa łyżeczkę i nóż chirurga, a balsam peruwijański za dopomagający tylko do wypełnienia przez te powstałych ubytków. Zresztą ropnie niegruźlicze goją się nader szybko, a w przypadku promie-

nicy obserwowano także szybkie wypełnienie się ziarniną jamy po operacyi powstałéj, a przecież balsam nie jest znowu środkiem swoistym ani na stafylokoki, ani na aktynomykozę. Idąc za śladem niemieckich chirurgów Landerera, Krausego, Brunsa, przedstawia 12 przypadków gruźlicy stawów, leczonych wstrzykiwaniami mięśniowemi 25% oliwy z jodoformem. Rezultaty otrzymane nie są tak świetne, jak te, które na 19-tym zjeździe chirurgów w Berlinie przedstawiano. W nielicznych bowiem tylko przypadkach nastąpiło polepszenie po 8—10 wstrzykiwaniach, które się robi według Brunsa co 2 tygodnie. Zresztą nie wszystko, co się ku lepszemu zwróciło, kłaść trzeba na karb wstrzykiwań, bo przecież ekstenzyja i ustalenie także często znosi i leczy chorobę.

W dyskusyi zabierali głos:

Kol. Barącz, przytaczając 5 przypadków leczonych mięszanką jodoformową.

Kol. Gross jest za zarzuceniem balsamu peruwijańskiego jako środka drażniącego, który gruźlicy nie szkodzi i jodoformem powinien być wyrugowany. Co do mięszanki jodoformowéj jest za częstem stosowaniem takowéj.

Kol. Schram także stawia wyżéj jodoform niż balsam i uważa za właściwy środek leczniczy tylko we wczesnych okresach.

Kol. Gabryszewski nie zgadza się z prelegentem, jakoby mięszanka jodoformowa była w stanie wywoływać większe i lepsze skutki.

Kol. Obaliński przypomina, że już przed 20 laty używano wstrzykiwań w klinice Alberta, które potem ustały, z środków żrących tylko jeden jodoform dawno istnieje i chyba zwalonym nie będzie. Po balsamie reakcyja silniejsza, bolesność znaczna, skutki nie wielkie. Kierując się tą myślą, że jodoform jest skutecznym w swem działaniu, polewa zaniki i pogruźlicze pola operacyjne eterem z jodoformem, aby go w ten sposób wprowadzić nawet w najmniejsze otworki.

Daléj zabierali głos: Kol. Jasiński, kol. Gross; kol. Rosner jest za balsamem peruwijańskim o tyle, że takowy podnosząc energiję życiową tkanki, nie pozwala na dalszy rozwój prątków.

Kol. Szuman żąda rozdzielenia przypadków tych, które można leczyć drogą czysto konserwatywną od tych, które są już bardziéj zaawansowane, gdyż jodoform w początkowych okresach wstrzyknięty może wywołać następnie *locus minoris resistentiae*, w którem łatwiéj proces rozwijać się może.

Kol. Trzebicky przeciwny balsamowi, widział kolosalną po nim kilkakrotnie pokrzywkę, wraca do *argentum nitricum*, będąc z niego zupełnie zadowolonym.

Kol. Dembowski zaleca balsam peruwijański na gruźlicę krtani, zaś kreozot do wszystkich innych stosowań.

Koll. Wehr i Ziembicki są za mięszanką jodoformową, jako dotychczas środkiem najlepszym, ostatni zaś podnosi, że konserwatywne leczenie u chorych, którzy żyją i żyć mogą wygodnie, ma racyję bytu, w szpitalach zaś droga operacyjna jest jedynie możliwą. Chorzy długo leżący w szpitalu daleko gorzéj następowo znoszą chloroform.

Kol. Sawicki radzi używać balsamu z eterem, po którym u dzieci dobre miał rezultaty, jak również przypomina płyn Kolischera dziś zaniechany, który w kilku przypadkach u niego dobrze działał.

Przewodniczący dziękuje za dyskusyję w sprawie, w któréj on sam nie ma doświadczenia, zdaje mu się jednak, że zależy głównie od cechy gruźlicy, od obciążenia familijnego i od stosunków chorego majątkowych, daléj od jego wieku. To co u dzieci zagoić się może przez małą operacyję lub metodą konserwatywną, to u starszych ulegnie z pewnością amputacyi. Na tem zakończyło się I. popoł. posiedzenie zjazdu o godzinie 5 téj. W pół godziny w salach Grand-hotelu prof. Obaliński podejmował szanownych gości i uczestników zjazdu wspólnym obiadem. Wśród przybyłych zauważyliśmy wszystkich prawie docentów i profesorów wydziału lekarskiego. Szereg toastów rozpoczął kol. Jasiński, pijąc zdrowie prof. Obalińskiego, który dziękując wychylił kielich na cześć prof. Rydygiera. Kol. Kohn pije zdrowie młodzieży w ręce kol. Gabryszewskiego, wznoszącego toast na cześć zawsze młodego prof. Cybulskiego. Następnie posypały się dowcipne wiersze, wygłoszone przez kol. Kohna i Podgórskiego, a serdeczne kochajmy się zakończyło ucztę, zostawiając po niéj miłe wspomnienia.

(*dzień 2-gi 16 lipca 1890 r.*).

O godzinie 8½ rano zgromadzili się uczestnicy w pracowni docenta Dra Marsa w b. Coll. juridicum przy ulicy Grodzkiéj. Doc Dr. Mars, który umyślnie na ten dzień przybył z Krynicy, demonstrował zebranym pracownię urządzoną na wzór pracowni Schulcego z Jeny i całe jéj urządzenie. Uczniowie ćwiczą się tam pod kierunkiem docenta w operacyjach położniczych i ginekologicznych na fantomach skórzanych, zupełnie aseptycznych, gdyż i płody do ćwiczeń używane są balsamowane i watą sublimatową wypchane. Operacyje ginekologiczne dla aseptyki odbywają się na macicy wszytéj w fantom nitkami gumowemi, która poprzednio jest moczona w sublimacie 1:1000. Daléj okazuje kol. Mars atlas Wydera z tablicami woskowemi do przedstawienia w audytoryjum, a oprócz tego piękne preparaty przypadku pęknięcia macicy wraz z rysunkami przedstawionymi w rocznikach Akademii Umiejętności.

Przewodniczący prof. Dr. Rydygier serdecznie podziękował kol. Marsowi za jego demonstracyję tak wzorowo urządzonego zakładu.

Z zakładu kol. Marsa udali się goście zjazdowi do szpitala św. Ludwika, gdzie prof. Jakubowski oprowadził wraz z asystentem swym kol. Momidłowskim i sekundaryjuszem kol. Orzechowskim po klinice pedyjatrycznéj i sali wykładowéj. Przy łóżkach chorych zwracał prof Jakubowski uwagę na ciekawsze przypadki, jak statystykę tracheotomii i przypadek *tetanus traumaticus*.

Z kolei zwiedzano oddział chirurgiczny szpitala św. Ludwika, gdzie sekundaryjusz tegoż oddziału kol. Łepkowski zwrócił uwagę na przypadki leczone mięszanką jodoformową, o których na popołudn. pierwszem posiedzeniu była mowa.

Posiedzenie w sali operacyjnéj kliniki chirurg. rozpoczęło się o godzinie 10 téj. Prócz wczoraj wymienionych nazwisk zauważyliśmy kolegów: Borzęckiego, Centnerszwera, Choróbskiego, Kijewskiego, Grysickiego, Lewandowskiego, Marsa, Midowicza, Rydla i Udzielę.

Po demonstracyi stołu operacyjnego, stosunkowo taniego, dobrze obmyślanego i sumiennie wykonanego przez ślusarza krakowskiego p. Staszczyka, kol. Ziembicki rozpoczął:

VIII. wykład: „Przyczynek do leczenia tętniaków“ (z przedstawieniem chorych). Dwa przypadki tętniaków operowanych, 1 przed 3 ma tygodniami w okolicy *fossa poplitea* przez podwiązanie *art. femoralis* przed przebiciem adduktora. Guz zmiękł, tylko rozmiary swoje zachował. Poprzednio używał kol Ziembicki ucisku, który jak literatura wykazuje, na 250 przypadków daje 50% wyleczenia. Guz jednak po zastosowaniu ucisku rósł, tętniak dotąd ograniczony powiększył się znacznie, przystąpiono tedy do podwiązania tętnicy, a wynik jak nadmieniano, nie był swietny. Inaczéj się przedstawia wyłuszczenie, gdy na 18 przypadków 14 było wyleczonych. Trzeba być jednak ostrożnym, aby razem nie wyciąć żył, gdyż wtenczas można sprowadzić łatwo zgorzel kończyny. Właśnie téj metody t. j. wyłuszczenia użyto w drugim przypadku. Operacyja była nader trudna z powodu znacznego rozwoju obocznego obiegu, a tem samem rozszerzenia ubocznych naczyń. Trudy opłacił wynik znakomity gdy guza już nie ma, a czynność kończyny już utrzymana,

Przewodniczący dziękuje kol. Ziembickiemu za podjęte trudy przywiezienia obu chorych. (C. d. n.)

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 24-go lipca. Po uroczystościach pogrzebowych i zjeździe chirurgów nabiera Kraków coraz więcéj znamion sezonu ogórkowego. Większa część profesorów Uniwersytetu oprócz zajętych jeszcze egzaminami opuściła miasto, w samem Zakopanem o ile wiemy bawią z lekarzy oprócz Redaktora „Przeglądu Lekarskiego“, także proff. Cybulski i Rydel. Tamże podążyli liczni uczestnicy zjazdu. Prof. Madurowicz bawi w Baden pod Wiedniem; prof. Rydygier wyjechał do Soboty (Zopoth).

* Ruch kąpielowy. Do dnia 14-go lipca b. r. było w Szczawnicy osób 1825. — W Cieplicach czeskich do 19 go lipca b. r. osób 4553.

* Wiedeń. Ministerstwo spraw wewnętrznych zakazało sprzedaży wody na włosy prof. White'a, jako szkodliwéj dla zdrowia z powodu ołowiu w niéj zawartego.

* **Cholera.** Do d. 9-go lipca zachorowało w Hiszpanii, śmiertelność wynosiła 60%; w Tuluzie do dnia 30-go czerwca było 11 przypadków choleryny, a podobno i jeden przypadek cholery, śmiercią zakończony. — Utrzymuje się zdanie, że obecnie istniejąca epidemija cholery w Hiszpanii nie jest importowana, lecz że powstała na miejscu, z powodu przekopywania placu, na którym podczas epidemii w roku 1885 grzebano zmarłych z cholery.

* **Odznaczenie.** Prof. Virchow otrzymał austryjacką oznakę honorową dla sztuk i nauk.

* **Mianowania.** Radzca rządowy i referent spraw lekarskich w Salzburgu mianowany radzcą namiestnictwa i referentem spraw lekarskich dla Austryi górnéj, a w jego miejsce mianowany radzcą rządowym i referentem w Salzburgu dotychczasowy lekarz powiatowy Dr. Sacher. — Dr. Kazimierz Zieliński, dotychczasowy asystent szpitala ś-go Ducha w Warszawie, został zamianowany lekarzem szpitala na Pradze; zaś Dr. Szumlański został zamianowany, prowadzącym ambulatoryjum w szpitalu ś-go Ducha w Warszawie.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Dnia 17-go b. m. prof. Brücke w obecności licznych profesorów i studentów miał wykład swój ostatni, pożegnalny. — Docent Dr. Gärtner mianowany został profesorem nadzwyczajnym.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp.: Maurycy Ebersohn z Oświęcima, Bronisław Olszewski z Niegowniczek w król. Polskiem, Maryjan Piątkowski i Władysław Edward Reiss ze Lwowa, Ludwik Śnieżek z Jasienicy i Franciszek Bernard Zakreys z Bochni w Galicyi.

* **Nekrologija.** Dnia 16-go lipca b. r. umarł w Brzeżanach em. c. k. lekarz powiatowy Dr. Wilhelm Jorkasch-Koch, licząc lat 61. Zmarły był wychowańcem Uniwersytetu Jagiell. — W Paryżu umarł chemik Nestlé, wynalazca znanéj mączki dla dzieci. We Wiedniu umarł lekarz chorób dzieci Dr. Maks. Herz.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 28: Brunnera: Przyp. ciężkiego cierp. mózgu, pochodz. urazowego; Matlakowskiego: Zestawienie 25 przyp. otwarcia jamy otrzewnowéj (c. d). — W *Medycynie* Nr. 28. Biegańskiego: Z kazuistyki chorób układu nerwowego (dok.); W *Wiad. Lek.* z. IV: Rybickiego: Odezwa do kolegów w sprawie szczepienia wścieklizny metodą Pasteura; Pawlikowskiego: Sprawozdanie fizykatu m. Lwowa: — W *Gaz. Lek.* Nr. 29: Zweigbauma: O stosowaniu elektryczności w ginekologii; Wł. Matlakowskiego: Zestawienie 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnéj przy chorobach narządów rodnych kobiecych niezapalnego pochodzenia (szereg czwarty) (c. d.); Bronowskiego: Influenza na północy Rosyi wschodniéj — W *Medycynie* Nr. 29: Heimana: Przypadek zboczenia rozwojowego uszów. — W *Kronice Lek.* Nr. 7: Sędziaka: Leczenie przerostu migdałków (dok.).

W zastępstwie Redaktora odpowiedzialnego: **Dr. I. Schaitter.**

L. 245. **KONKURS.**

Przy c. k. Zarządzie salinarnym w Kaczyce (Bukowina) jest do obsadzenia posada lekarza salinarnego Dra wszech nauk lekarskich za rocznem wynagrodzeniem ze strony

c. k. skarbu salinarnego	. . . .	520 fl.
bractwa „	. . . .	100 fl.
99—3—2		620 fl.

Emerytowanym lekarzom wojskowym przysługuje pierwszeństwo.

Podania ze załącznikami należy wnieść do c. k. Zarządu salinarnego w Kaczyce najdalej do dnia 10 Sierpnia b. r.

C. k. Zarząd salinarny.

Kaczyka, dnia 8 Lipca 1890.

L. 858. **Obwieszczenie.**

Celem obsadzenia posady lekarza miejskiego do pełnienia służby zdrowia i oględzin bydła na rzeź przeznaczonego w gminie miasta Horodenki z płacą roczną 300 złr. i subwencyą ze strony Wydziału powiatowego w rocznej kwocie 100 złr. rozpisuje się niniejszem konkurs.

Ubiegający się o tę posadę wnieść mają najpóźniej do 25 Lipca 1890 do Zarządu miasta Horodenki swoje podania przy dołączeniu metryki urodzenia, dyplomu doktora wszech nauk lekarskich i dowodu dotychczasowego zatrudnienia.

Posada powyższa nadaną będzie na rok jeden prowizorycznie, a po roku może nastąpić stabilizacya.

Zarząd miasta.

Horodenka, dnia 4 Lipca 1890.

98—3—3 c. k. komisarz rządowy: *Setkiewicz.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 2 Sierpnia 1890. Nr. 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

I. Ostateczne wyniki po podwiązaniu tętnic tarczykowych z powodu wola.

Podał
Prof. L. Rydygier.

Uznając ważność sposobu na nowo przez Wölfiera zaleconego leczenia wola za pomocą podwiązania tętnic tarczykowych starałem się przez zebranie większéj ilości przypadków przekonać się o wynikach téj operacyi, a szczególnie o jéj bliższych wskazaniach, wobec których mianowicie wolów można ją zalecić, wobec których zaś usług pożądanych nie oddaje. W przeciągu 2 lat operowałem w méj klinice 21 przypadków, a asystent Dr. Rościszewski starał się o skutkach téj operacyi po dłuższym czasie się dowiedzieć.

Słusznem jest, że pomimo zalecania Billrotha[1]) stosunkowo mało uwagi ta operacyja na siebie zwróciła, przynajmniéj w literaturze mało znajduję o niéj wiadomości.

Po Wölflerze[2]) opisał 2 przypadki Obaliński[3]): w pierwszym podwiązał tętnice tarczykowe po jednéj stronie, w drugim po obu wszystkie cztery. Skutek był dobry, dolegliwości ustąpiły, a obwód szyi zmniejszył się w przeciągu miesiąca o 3 ctm.

Billroth (l. c.) opisał 4 przypadki: w pierwszym podwiązał tylko obie tętnice tarczykowe dolne. Skutek z początku był dobry, lecz tylko chwilowo. Po 2 miesiącach był wól tak duży, jak przed operacyją i musiano go wyłuszczyć. W drugim przypadku podwiązano najpierw obie tętnice tarczykowe dolne i górną lewą, górną zaś prawą w 14 dni późniéj. W dwa miesiące późniéj obwód był znacznie zmniejszony, oddech wcale nieutrudniony. W 3 i 4 przypadku podwiązano wszystkie 4 tętnice na jednem posiedzeniu, w 3 przypadku zanikł wól prawie zupełnie po 28 dniach, czwarty przypadek był jeszcze w obserwacyi.

[1]) *Ueber die Ligatur der Schilddrüsenarterien behufs Einleitung der Atrophie von Kröpfen. Wien. klin. W.* 1888, Nr. 1. — [2]) *Die operative Behandlung des Kropfes durch Unterbindung der zuführenden Arterien. W. med. Woch.* 1886, Nr. 29 i 30. — [3]) Przyczynek do kazuistyki nowoczesnych operacyj wola. *Przegl. Lek.* 1887, Nr. 27 i 28.

Matlakowski[1]) opisał 3 przypadki, w których podwiązał wszystkie 4 tętnice tarczykowe: o pierwszym z nich dowiedział się po roku od lekarza, że się ma zupełnie dobrze, jednakowoż bez podania obwodu szyi. Dwa inne przypadki były tylko przez krótki czas w obserwacyi, wynik ich więc ostateczny nie jest znany.

Tak więc razem znanych jest dotąd 11 przypadków, w mojéj zaś klinice operowano 21.

Z tych 21 tylko w pierwszym przypadku podwiązano tętnice po jednéj stronie, w pozostałych 20 podwiązano wszystkie 4 tętnice. Pierwsze 12 przypadków już pierwéj sam[2]) opisałem, następnych siedm opisał Dr. Rościszewski[3]), od tego zaś czasu przybyły nam jeszcze 2 przypadki. Na końcu podam krótki spis tych wszystkich przypadków, teraz chciałbym tylko dodać, że w pierwszych 14 przypadkach podwiązywałem tętnicę tarczykową dolną według metody Drobnika[4]), w następnych według méj własnéj[5]). Także dzisiaj mogę tylko potwierdzić, że sposobem moim można tętnicę łatwo i na pewno znaleźć, blizny zaś pozostałe są nieznaczne i dają się łatwo ubraniem przykryć. Podwiązywałem zawsze tętnicę podwójnie i przecinałem pomiędzy podwiązkami i już drugi raz nigdy mi się tętnica nie zerwała.

Na podstawie tego dość stosunkowo licznego materyjału przyszedłem do następującego przekonania co się tyczy wartości téj operacyi: Jednostronne podwiązanie tętnic uważam za niepewne i niewystarczające pomimo dobrych wyników, jakie otrzymali Porta i Wölfler. Chociaż bowiem w prawidłowym gruczole tarczykowym jest komunikacyja naczyniowa między jedną a drugą połową bardzo nieznaczna, to jednak przy powiększonym jest dostatecznie wielką,

[1]) Trzy przypadki podwiązania tętnic tarczykowych, dokonanego przy wolu sposobem Drobnika. *Gaz. Lek.* 89, Nr. 18. — [2]) *Zur Behandlung des Kropfes durch Unterbindung der zuführenden Arterien. Wien. med. Woch.* 1888, Nr. 49 i 50. — [3]) Wynik leczenia 19 przypadków wola za pomocą podwiązania tętnic tarczykowych. *Nowiny Lek.* 1890, Nr. 2. — [4]) *Die Unterbindung der art. thyr. inf. W. med. Woch.* 1887, Nr. 3. — [5]) *Zur Operationstechnik bei der Unterbindung der art. thyr. inf. Centralbl. f. Chir.* 1889, Nr. 14.

żeby się krążenie uboczne prędko wytworzyło i zaniknąć wolowi nie pozwoliło. Przytem i obawa, która przedtem się nasuwała, żeby po podwiązaniu wszystkich 4 tętnic nie nastąpiło nagłe obumarcie całego gruczołu, została usuniętą przez doświadczenie. Liczne mniejsze tętnice (*art. crico thyr.* i przełykowe) wystarczają, żeby temu zapobiedz. Jeszcze mniéj można się spodziewać pomyślnego skutku po podwiązaniu obu tętnic tarczykowych górnych lub dolnych. Połączenia pomiędzy tętnicami górnemi a dolnemi są tak liczne, że już z góry nie można było sobie korzystnych skutków po tem obiecywać, a przypadek Billrotha praktycznie to udowodnił. Również nie mogę się zgodzić z Rocherem [1]), który w pewnych wyjątkowych przypadkach, w których w ogóle zgadza się na leczenie za pomocą podwiązania tętnic, proponuje, żeby tętnice podwiązać najpierw po jednéj stronie, a dopiero potem, gdyby to nie wystarczyło, podwiązać i po drugiéj. Przez ten czas bowiem wyrobiłoby się tak silne krążenie uboczne, żeby się po następowem podwiązaniu tętnic drugiéj strony żadnego skutku spodziewać nie można. Przyczyna, dla któréj Kocher to radzi, jest także o ile sądzę, niesłuszną; boi się mianowicie po zupełnem podwiązaniu wszystkich tętnic chorób następowych, tak jak po wycięciu wola. W przypadkach dotąd operowanych nigdy tego nie zauważyłem, a obserwowałem niektóre z nich przez 2 lata i dłużéj. Także i z teoretycznych względów nie potrzeba się po podwiązaniu tak dalece tego obawiać, jak po wycięciu całkowitem. Najpierw bowiem zmniejsza się wól po podwiązaniu powoli, a potem nigdy zupełnie nie zanika, a w każdym razie przynajmniéj tyle tkanki gruczołowéj pozostanie, co po obustronnéj resekcyi wola. Nawet w tym naszym przypadku, który zupełnie wyleczony został, tak, że byłoby pacyjenta nawet do wojska wzięto, można było przy dokładnem badaniu resztę gruczołu wyczuć.

Jednoczesne podwiązanie wszystkich 4 tętnic nie we wszystkich postaciach wola się zaleca. Wobec *struma fibrosa* z góry się dobrego skutku spodziewać nie można, boć podwiązanie ma właśnie w ten sposób działać, jak Wölfler obszerniéj tłomaczy, że wskutek złego odżywienia następuje nekrobijoza i wessanie tkanki, a na jéj miejsce powstaje utkanie bliznowate; jeżeli więc wól już się składa z téj tkanki, to podwiązanie tętnic pozostaje bez skutku.

Tak samo nie można się spodziewać dobrego wyniku wobec *struma cystica.* Billroth wprawdzie pozostawia jeszcze jako nierozstrzygnięte, czy po podwiązaniu nie mogą torbiele zanikać, nasze przypadki jednak dowodzą, że nie zanikają; w jednym przypadku byłem zmuszony następnie torbiel wyłuszczyć. A nawet zauważyliśmy po podwiązaniu tętnic dla wielkiéj *struma gelatinosa*, że w zmniejszonych płatach można było wykazać torbiele, których przedtem wykazać nie było można, tak, że jest prawdopodobnem, że dopiero po podwiązaniu powstały.

Przy *struma gelatinosa* miało podwiązanie ten skutek, że nawet przy największych podmiotowe dolegliwości, jak trudność w oddechaniu, zaraz ustawały. Co się tyczy zmniejszania się wolów, to było ono znaczniejsze przy mniejszych wolach, nieznaczne zaś przy wielkich. Wytłomaczyć sobie to można najłatwiéj w ten sposób, że w większych wolach była tkanka już też i więcéj klejowato zwyrodniała, w mniejszych zaś normalna, więc szybciéj i znaczniéj zanikała. To też we większych wolach klejowatych i wynik kosmetyczny nie był zbyt świetny, tak, że w jednym przypadku musiałem wól następnie resekować, w drugim zaś wyłuszczyć późniéj wybadany torbiel. Najlepszy wynik dawały małe, świeżo powstałe wole miąższowe (*str. parenchymatosa*), prawdopodobnie dla tego, że tkanka w nich nie była jeszcze zwyrodniałą. Pomiędzy temi zaś najlepsze wyniki dały wole silnie unaczynione. (Dok. nast.)

[1]) *Bericht über weitere 250 Kropfextirpationen. Corrsp. Blatt f. schweiz. Aerzte.* XIX Jahrg. 1889.

II. Z kazuistyki chorób moczopłciowych.

Podał

Dr. M. Misiewicz w Łodzi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

Nie inaczéj się dzieje w gruźlicy gruczołu krokowego. Weigert (*Arch. f. pathol. Anat.*, Bd. CVIII., Hf. 2) znajdował tu gruzełki bardzo często w płacie średnim lub bocznym lewym. Sieć żylna tego gruczołu jest dosyć obfita, a zastoje żylne, wskutek samego położenia anatomicznego, łatwo występują. W przypadku tego autora lewy zraz był czerwonawo-sinym, znacznie powiększonéj objętości, istota korowa obydwóch zrazów rozszerzona i żółtawa (*hypertrophia compensatoria).* Na przecięciu lewgo zraza, w miejscu zlania się jego z *lobus Home*, znaleziono na naczyńkach drobne ziarnkowate twory, a w miąższu guzik serowaty, ginący na bł. wewnętrznéj jednéj z żyłek. Cały lewy zraz miał kształt gruszki, na przecięciu nie przedstawiał widocznych zmian w budowie, lecz po umieszczeniu go na kilka godzin w alkoholu, znaleziono przy dalszem poszukiwaniu w końcu jego węższym żółte serowate ognisko wielkości ziarna grochu, a brzeg jego dotykał również naczyńka żylnego. Badanie drobnowidowe wykazało zrost tego guzka ze ścianką wspomnianego naczyńka, a budowę jednoimienną z t. z. gruzełkami samotnemi (*Solitärtuberkel)* Klebsa. Badanie wykazało obecność licznych prątków gruźliczych.

Dla uzasadnienia tych danych pozostaje nam jeszcze rozpatrzenie się w stosunkach anatomicznych gruczołu krokowego. Otoczony grubą włóknistą otoczką, pochodzącą z *fascia pelvis*, a po części z *fascia perinei profunda* (Retzius) utrzymuje się w stałem położeniu i wskutek powyższych niepodatnych rozściegnień, nie podlega znacznym obrzękom. Pojedyncze zraziki z budową przypominającą torebki śluzowe, zawarte są w przegrodach, zbudowanych z tkanki łącznéj i z bardzo licznych i dosyć silnych włókien mięśniowych (Kölliker, Thompson) tak, iż po części słusznie gruczoł ten uważają za organ mięśniowy, choć zadaniem jego jest wytwarzanie płynu *(liquor prostaticus)* wydzielającego się odnośnemi przewodami do cewki, w okrębie wzgórka nasiennego, niedaleko otworu przewodu wytryskowego. Gruczoł krokowy uważać więc należy za narząd płciowy, a płyn przez niego wydzielany jest niezbędnym do rozpłodu, bierze jednak udział we wszelkich zboczeniach narządu moczowego; wpływa tak na wytworzenie i wydalanie płynu nasiennego, jako też na wydalanie moczu, gdyż ściśle jest spojony z szyją pęcherza moczowego. Jako bardzo ważny narząd ustrojowy jest też odpowiednio unaczyniony, otrzymuje liczne gałązki tętnicze od obydwóch tętnic pęcherzowych i od tętnicy sromnéj wspólnéj, a jeszcze liczniejszą sieć żylną od jednoimiennych żył *(v. vesic. med. et inf., vena pudenda comm.)*; prócz tego, zaraz pod otoczką pokryty jest gęstym splotem żylnym, pochodzącym od *v. haemorrh. media.* Żyły tworzą siatkę nietylko na powierzchni gruczołu, ale i w głębi i każdy ze zrazików, a nawet każda torebka otoczoną jest krętemi żyłkami, licznie rozgałęzionemi. Mamy tu więc znowu nietylko

możność nagromadzenia się większéj ilości krwi żylnéj, ale i zwolnienie krwi obiegu, a sprawa stanie się jeszcze łatwiejszą do zrozumienia, gdy sobie przypomnimy łączność z *v. haemorrhoid.*, ciągłe w niéj zastoje itd.

Nie inne też są stosunki i w budowie cewki: pokryta trzema ciałami jamistemi, dwoma należącemi do prącia. a jednem do cewki, z których każde pokryte luźną otoczką tkanki łącznéj, podzielona jest przez tę ostatnią na przegrody, oddzielające pojedyncze zraziki ciała jamistego. Te ostatnie opatrzone są warstwą włókien sprężystych, pokrywającą też żołędź i kończącą się na zewnętrznem ujściu cewki. Warstwa ta pokryta jest warstwą brodawkowatą i cienką siecią Malpighiego. Już w gruczołkach Tisona i w dołku wieńcowym dostrzedz się dają liczne zagłębienia i kieszonki, łączące się z naczyniami chłonnemi i licznemi naczyńkami krwionośnemi otoczone. W skórze właściwéj prącia znajdujemy liczne naczyńka widełkowato-rozgałęzione, kolisto około każdéj brodawki skórnéj, około gruczołów Tisona łojowych i potowych przebiegające i wpadające wreszcie do jam żylnych ciała jamistego, a to za pomocą żyłek świderkowato w głąb podążających. Na preparatach nastrzykniętych błękitem berlińskim i klejem karminowym widzimy, iż naczynia żylne wychodzące z ciał jamistych idą do tkanki łącznéj, podścielającéj błonę śluzową cewki i rozgałęziają się w postaci jodłowatéj, a odnogi te idą równoległe z cewką i posiadają przebieg kręty. Na błonie śluzowéj naczyńka żylne tworzą gęste siatkowate pętlice, około brodawek gruczołków śluzowych, torebek limfatycznych i wywodów śluzowych zatok Morgagniego. Sieć ta jest nadzwyczaj gęstą w kilku szczególniéj miejscach cewki to jest w otworach gruczołów Cowpera, przewodu gruczołu krokowego. w otworach wytryskowych i w wielu miejscach części krokowéj cewki, w bliskości *caput gallinaginis.* Każde więc dłuższe zatrzymanie moczu, forsowne spółkowanie lub długie naprężenie prącia, jako też zastoje żylne w kiszce prostéj i sąsiednich narządach, powstające po zaparciu stolca, zbytkach płciowych, a nawet po długiem leżeniu już mogą zmienić krążenie krwi w cewce, wywołać zastój żylny i ułatwić wydzielenie się ze krwi pierwiastków chorobotwórczych. Wogóle rozmnażanie się gruzełków w ustroju jest dotychczas mało wyjaśnionem i przedstawia wiele trudności, co przyjąć w danym razie za objaw pierwotny lub wtóry. Przypadki zapaleń gruźliczych osierdzia bez zajęcia sprawą gruźliczą gruczołów tchawicy i oskrzelowych lub gruźlicy opłucnéj bez zmian w płucach, nierzadko spotykane i opisywane, są w stanie przekonać nas o braku dokładnych podstaw, na których moglibyśmy oprzeć nasze rozpoznanie. Rozwój samodzielnéj gruźlicy cewki jest również trudnym do objaśnienia, gdyż tu prócz możliwości przeniesienia zarazka na drodze obiegu krwi, istnieje jeszcze możliwość bezpośredniego wprowadzenia zarazka przez obcowanie z kobietą, u któréj wykażemy obecność gruźlicy macicznéj. Nikt już dziś nie wątpi o przenoszeniu się zarazka z gruczołów chłonnych szyi do płuc; Fargan wykazał, że blizny i resztki mas serowatych, powstałe po rozpadnięciu tychże gruczołów (*Arch. gener. de Medic.*, 1886), są niewinnemi u dzieci i dowiódł, iż istnieje odwrotny stosunek u dorosłych t. j., że u pierwszych zajęcie płuc nie ma miejsca, u drugich zaś sprawa rozszerza się w kierunku płuc i narządów klatki piersiowéj, najczęściéj zajmuje wierzchołki płuc i ma wielką skłonność do uogólnienia się i rozprzestrzenienia w ustroju.

Cohnheim stwierdził możliwość dostania się drobnoustrojów przez jamę ustną tak w gruźlicy krtani i przełyku, jakoteż i w gruźlicy trzew; dla czegóżbyśmy nie mogli przypuścić, iż może to mieć miejsce i przez cewkę, do któréj nieraz dostają się produkty macicy, krew i wydzieliny chorobowe osób gruźliczych, ropa z przewodów Falopa, jajników itd. Co się tyczy jąder, to wiadomem jest łatwe przenoszenie się ropy rzeżączkowéj i takież zapalenie jąder, nie potrzeba więc dowodzić, iż na téjże drodze przenieść się może zarazek gruźlicy z cewki do jąder. W ten sposób powstać więc mogą niektóre postacie gruźlicy gruczołu krokowego, pęcherzyków nasiennych i cewki. Rozumie się, iż na téj drodze zarazek może ominąć ten lub ów narząd i sprawa może się rozwinąć n. p. w jądrze z ominięciem cewki, lub przejść na cewkę i gruczoł krokowy, z ominięciem jądra.

Spostrzeżenia autora czynione na kilkunastu chorych przekonały, iż bardzo często zarażenie cewki nastąpiło bezpośrednio z organów płciowych kobiety, w dwóch przypadkach udało mi się stwierdzić gruźlicę macicy i przewodów Falopii, a w trzech innych gruźlicę jajników, która potem rozszerzyła się w jednym przypadku na otrzewną, a w dwóch innych skończyła się gruźlicą płuc i trzew. Moglibyśmy tu zapytać dla czego gruzełki nie rozwinęły się na prąciu lub żołędzi lub w dołku łódkowatym. Ja sądzę, iż gruźlica rozwija się dlatego głębiéj, że prątki gruźlicze nie mogą się rozwinąć w tych miejscach z powodu grubości nabłonka i braku gruntu odżywczego, którym jest surowica krwi; potrzebaby więc silnego zdrapania i poranienia skóry, co rzadko ma miejsce przy spółkowaniu; a że to byłoby możliwem, dowodzi przypadek Elsenberga (*Gaz. Lek.*, 1885), że przy obrzezaniu dziecka żydowskiego nastąpiło zarażenie gruźlicą wskutek wyssania krwi ustami przez osobę zarażoną gruźlicą. W głębszych odcinkach cewki znajdujemy wygodniejsze warunki dla rozwoju drobnych ustrojów, a zastoje żylne i łatwość wysięku surowiczego ułatwiają rozmnożenie się i odżywianie takowych na delikatnéj i cienkiéj siatce błony śluzowéj, opatrzonéj licznemi otworami limfatycznemi.

Dla ostatecznego stwierdzenia téj możliwości wykonałem szereg szczepień w lecie 1886 r., aby doświadczalnie stwierdzić możliwość zarażenia gruźlicą przez zewnętrzne narządy płciowe. W tym celu zastrzykiwałem przesącz produktów gruźliczych do cewki i pochwy królikom i świnkom morskim. Z sześciu zwierząt wziętych do doświadczenia tylko u dwóch otrzymałem wynik ujemny, podczas gdy u innych, u których za pomocą wyjałowionéj szczotki udało się wywołać przekrwienie na błonach śluzowych, przeznaczonych do zaszczepienia jadu gruźliczego, wykryłem zmiany gruźlicze po upływie 3 do 5 miesięcy, w pęcherzu, gruczołach pachwinowych i raz w moczowodzie. Sprawa gruźlicza odznaczała się różnem natężeniem i ograniczała się czasami do zajęcia gruczołów zaotrzewnowych. Najwydatniejsze jednak objawy znalazłem u jednego samca morskiéj świnki, który zdechł w 5 miesięcy po zaszczepieniu śród objawów ogólnéj gruźlicy. Na prąciu rozwinęły się dwa wrzody drążące, które pierwotnie przedstawiały się w postaci guzków, następnie podległy przerodzeniu serowatemu. Prócz tego znalazłem drobne gruzełki w cewce i pęcherzu, również podległe zserowaceniu, a także ogniska gruźlicze w gruczołach kreskowych, jako też chłonnych w pachwinie i na lędźwiach. Nerki jednak wolne były od zmian gruźliczych. Badanie drobnowidowe mas serowatych i skrawków tkanek zarażonych wykazało obecność bardzo licznych kolonij prątków gruźliczych,

przedewszystkiem w tak nazwanych komórkach olbrzymich, Hodowla, wykonana w płynie Pasteura, przy cieplocie stałéj 38° C. dała mi po upływie 18 dni kolonije, która doszła do *maximum* rozwoju w 4 tygodniu. Delikatne półkoliste łuski pozlewały się z sobą tworząc jedną szarawą błonkę, łatwo spłókać się dającą i otoczoną licznemi delikatnemi biało matowemi punktami. Hodowla mas serowatych wziętych z gruczołu zaotrzewnowego na agar-agarze, kartoflu i żelatynie dala wynik ujemny. Łuski powyższe składały się z licznych, esowato zgiętych linij, utworzonych z prątków gruźliczych, czasem opatrzonych zarodnikiem, cienkich, drobnych, na biegunach lekko zgiętych, 2—5 μ długości, a szerokości nie przekraczającéj $^1/_4$ ciałka krwi.

Co do pochodzenia gruźlicy nerek, to Barthels (*Handb. d. Krankh. d. Harnappar.*, Leipzig, 1875, 2 Heft, p. 42) przestrzegał już, aby w każdym przypadku, w którym skonstatowano chorobę nerek, badać dokładnie gruczoł krokowy i jeśli znajdziemy przerost jego w postaci guza nierównego, kanciastego, zlekka chełbocącego, z uwydatnieniem zrazu średniego, to upoważnieni jesteśmy do prawdopodobnego rozpoznania gruźlicy nerki, obok innych wskazówek (ropy, krwi, mas serowatych), za tą chorobą przemawiających. O ile gruczoł krokowy jest w tym razie decydującym, o tyle też ważnem jest wczesne rozpoznanie gruźlicy jąder lub blizn, pozostałych po ich wyłuszczeniu.

III. Oceny i sprawozdania.

Wysoko usadowiony rak odbytnicy. — Operacyja podług Kraskego z zastosowaniem pierwotnego obwodowego szwu kiszkowego. — Wyleczenie.

Z kazuistyki krajowego szpitala w Czerniowcach, wraz z ogólnemi uwagami nad metodami operacyi raka odbitnicy,

skreślił

Dr. Włodzimierz Załoziecki,

Prymaryjusz oddziału chirurgicznego tegoż szpitala.

(Podług odczytu mianego w Towarzystwie lekarzy Bukowińskich dnia 29 Marca b. r.

(Dok. Patrz Nr. 30).

Podaję teraz do wiadomości historyję choroby i przebieg operacyi mego przypadku, który w rzędzie trzech pomyślnych przypadków z założeniem pierwotnega zupełnego szwu kiszkowego, czwarte zajmuje miejsce; nadmieniając zarazem, iż możliwe publikacyje po pracy Hocheneggo nie były mi dostępne i dlatego takowych uwzględnić nie mogłem.

Pani P. J., licząca 26 lat z Sadagóry na Bukowinie, smukłej budowy i o słabo rozwiniętéj muskulaturze, dziedzicznie nie obciążona żadną chorobą. Pierwsza menstruacyja pojawiła się w 15 roku życia, od lat czterech wyszła za mąż i prócz guzów krwawieńcowych, które pojawiły się u niéj przed półtrzecia rokiem bezpośrednio po porodzie, była aż do r. 1889 całkowicie zdrowa. W lecie ubiegłego roku pojawiło się u pacyjentki uporczywe zaparcie stolca, które cierpienie hemoroidalne znacznie pogorszyło i dało powód do peryjodycznych krwotoków. Przed trzema miesiącami przyłączyły się do tego silne bóle w krzyżach, a dolegliwości przy oddawaniu stolca zwiększyły się do tego stopnia, iż chora mimo używania środków przeczyszczających i irygacyi oddawała tylko małe bardzo ilości kału i bardzo często wśród znacznych bólów musiała się na ustęp udawać. W połowie miesiąca września spostrzegła pacyjentka, iż że stolcem wydziela się krew i ropa i od tego czasu uczuwa silne na boki rozpromieniające się bóle w krzyżach, przyczem apetyt i siły opuściły ją zupełnie. Dnia 10 listopada 1889 wezwała mnie chora poraz pierwszy do siebie, w którem to dniu znalazłem następujący *status praesens*: chora wychudzona, o ziemistobladéj skórze, serce i płuca zdrowe, brzuch miernie wzdęty, w okolicy *coecum* dają się wyczuć wyraźnie *scybala*, tętno i ciepłota ciała normalne. Badanie *per rectum* wykazuje na 3 centimetry ponad źwieraczem twardą masę w kiszce, któréj tylna część w postaci szerokiego guza o gronowatéj powierzchni do światła kiszki wystaje, przednia zaś część przedstawia na wpół owrzodzony pierścień wysokości około 5-ciu centimetrów, przez który palec wskazujący z łatwością daje się wprowadzić. Górna część nowotworu daje się głęboko wprowadzonym palcem dosięgnąć, przyczem wysokość nowotworu mniéj lub więcéj na 7 centm. ocenić można. Kał twardy odchodzi w małych kulistych kawałkach i jest stale zmięszany z krwią i ropą, przyczem tylko przy silnem parciu ze strony choréj wydalić się daje. Silne bóle, które wystąpiły z początkiem choroby, zmniejszyły się według podania choréj od 14 dni. Gruczoły pachwinowe nie obrzmiałe, chora usposobienia płaczliwego, zrozpaczona i bardzo osłabiona. Wobec tych objawów nie ulegało najmniejszéj wątpliwości, że chora dotknięta jest rakiem odbytnicy i że przypadek nadaje się całkowicie do radykalnéj operacyi podług Kraskego. Pacyjentka zdecydowała się natychmiast na zabieg operacyjny i została dnia 17 listopada przyjęta do szpitala krajowego w Czerniowcach, gdzie najpierw przedsięwzięto stastaranną kuracyję wstępną. Przez dziesięć dni z rzędu podawano codziennie rano łyżkę oleju rącznikowego, wieczór irygacyją odbytnicy, dyjetę skąpą i kąpiel co drugi dzień. Gdy w ten sposób uzyskałem dokładne wypróżnienie kiszki, przystąpiłem dnia 27 listopada do operacyi.

Chorą ułożono po głębokiéj narkozie na lewy bok po zgięciu nóg w stawie biodrowym i kolanowym. To ułożenie chorych poleca Hochenegg, a ma ono tę wyższość nad pierwotnie przez Kraskego poleconem ułożeniem na bok prawy, iż cała operacyja aż do jéj ukończenia całkowitego dają się w tem położeniu doprowadzić, podczas gdy Kraske zmuszony jest celem przedsięwzięcia następowych aktów operacyi ułożyć chorego jak do cięcia pęcherza z wysoko podniesioną miednicą, co oczywiście wielce uciążliwem się staje. Również cięcie skórne zrobiłem za radą Hochenegga nie tuż w linii środkowéj kości krzyżowéj, jakto zaleca Kraske, lecz łukowato od środka *synchrondrosis sacro-iliaca* aż do bocznego brzegu prawego kości ogonowéj, przyczem od razu cięcie poprowadziłem aż do kości. W głęboko stąd powstałą ranę wprowadzono dwa szerokie tępe haki, a silnem odciąganiem obu brzegów rany uzyskało się możność odpreparowania, tuż przy saméj kości, lewéj połowy kości krzyżowéj, całéj kości ogonowéj i środkowéj części lewych więzadeł. Następnie okrojono kość ogonową i uwolniono po obu bokach od części miękkich, poczem po oddzieleniu *symphysis sacrococcygea* zupełnie ją usunięto. Oddalenie kości ogonowéj wystarcza w wielu przypadkach całkowicie, aby uzyskać dostęp do choréj części kiszki, w moim jednak przypadku z powodu wysokiéj lokalizacyi tumoru nie miało to miejsca i z tego powodu byłem zmuszony przystąpić do resekcyi kości krzyżowéj. W tym celu przeciąłem lewe więzadła kości krzyżowéj, oddzieliłem drogą tępą tkankę łączną pokrywającą przednią powierzchnię kości krzyżowéj, poczem resekowałem samą kość krzyżową, a mianowicie od trzeciego lewego otworu łukowato aż do czwartego prawego otworu. Pospolicie używanem bywa do resekcyi téj grubéj kości dłuto i młotek i jakkolwiek nawet Hochenegg wyraża swe zdziwienie, iż Bardenheuer resekował kość krzyżową za pomocą nożyc kostnych, to jednak ja użyłem również bez wahania nożyc kostnych i uniknąłem w ten sposób drzazg kostnych, na które sam Hochenegg przy dłutowaniu się użala. Z chęcią przyznaję, że chora moja była w wyjątkowo młodym wieku i że w wieku późniejszym użycie nożyc kostnych napotyka na znaczniejsze trudności, z czem wszystkiem w mym przypadku nie miałem do czynienia. Po oddzieleniu kości i wyjęciu jéj zatamowano niezbyt znaczny krwotok kilkoma ligaturami i ukończono na tem pierwszy akt operacyi.

Po dokonaniu téj wstępnéj czynności przedstawił mi się istotnie imponujący obraz i tu dopiero ocenia się całą genijalność operacyi Kraskego, głównie z tego powodu, iż otrzymuje się tak dokładny i wygodny przystęp do *locus morbi*, jakiego sobie tylko w najidealniejszem słowa tego znaczeniu życzyć można! Widzi się w dnie rany odbytnicę okoloną periproktalną tkanką na przestrzeni około 8 centymetrów zu-

pełnie dokładnie, a część zajęta nowotworem odznacza się również wyraźnie znacznem obrzmieniem, przyczem za pomocą dotyku można z całą dokładnością odróżnić chorą część od zdrowéj. Obecnie nastąpił według mego zdania najtrudniejszy akt operacyi, mianowicie oddzielenia i wyłuszczenia schorzałego odcinka kiszki. Ponieważ w przypadku niniejszym *portio analis* była zupełnie zdrową, dla któréjto przyczyny postanowiłem sobie z góry założyć pierwotny obwodowy szew kiszkowy, więc oddzielałem kiszkę w okolicy tumoru po największej części tępą drogą za pomocą zwykłych zasuwek, przyczem ku pochwie szczególnie wielką ostrożność należało zachować, gdyż w miejscu tem zrosty nowotworu z sąsiedniemi częściami były nadzwyczaj ścisłe i rozległe. Mogłem, postępując za radą Bardenheuera (*Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge*, Nr. 298) ułatwić sobie ten akt przez wprowadzenie lewego palca wskazującego do *rectum*, przez co uzyskałbym tak bardzo pożądane wypuklenie tylnéj ściany odbytnicy; jednakże nie miałem odwagi narażać za pomocą tego manewru rany operacyjnéj na możliwość infekcyi. Po odłuszczeniu tedy kiszki w dolnéj partyi nowotworowéj aż do części zdrowéj, założyłem najpierw na dolny odcinek kiszki przeznaczonéj do resekcyi dren elastyczny i związałem takowy. Poniżéj téj podwiązki przeciąłem kiszkę poprzecznie i przystąpiłem do odłuszczenia górnéj granicy nowotworu. Odłuszczenie to wymagało licznych podwiązań broczących naczyń, z których znaczna część przed przecięciem podwójnie podwiązaną została. Po osiągnięciu górnéj granicy nowotworu i odłączeniu górnéj części kiszki tępą drogą została, że się tak wyrażę, mimowolnie otwarta jama otrzewny, poczem kiszka za miernem pociągnięciem wystąpiła w całéj pożądanej rozległości. Podwiązano takową powyżéj nowotworu również za pomocą drenu i przy ucisku, ze strony asystenta, środkowego światła kiszki dwoma palcami, przecięto poprzecznie powyżéj ligatury kiszkę i tym sposobem dokonano resekcyi kawałka kiszki z górą 10 centymetrów wynoszącego. Po starannem zatamowaniu krwotoku przystąpiono do 3-go aktu operacyi, mianowicie do zespojenia górnego zdrowego odcinku kiszki z nienaruszoną *portio analis* i jakkolwiek czynność ta zabrała nader wiele czasu, to jednak nie przedstawiało żadnych znaczniejszych technicznych trudności. Do założenia szwu kiszki wykonanego podług wiadomych reguł, użyłem cienkiego jedwabiu, przyczem szyłem dość gęsto i starannie, zaczynając zawsze w środku przedniéj peryferyi i symetrycznie umieszczając po obu stronach pojedyncze szwy dążyłem ku środkowi tylnéj peryferyi. Węzły większéj części szwów zrobiono ku światłu kiszki, a różnica grubości światła obu kawałków kiszki została w ten sposób wyrównaną, iż w górnym odcinku porobiono odpowiednio wypuklone fałdy. Po ukończeniu szwu kiszkowego założono jeszcze pewną ilość szwów na rozmaitych miejscach zewnętrznych warstw odbytnicy, mających na celu nadanie szwowi kiszki łączącemu większéj trwałości. Również i tu użyto nieco grubszego jedwabiu, a nie katgutu, a szwy pojedyncze nie przechodziły przez całą grubość ściany kiszki, aby nie wywołać przesączania się jéj treści w miejscach nakłucia. Ogółem założono około 60 szwów, toteż cały ten akt można było istotnie uważać za prawdziwą próbę cierpliwości ze strony operującego. Na tem ukończono rękoczyn, poczem po obu stronach zespojonéj kiszki włożono paski gazy jodoformowéj i wytamponowano całą ranę operacyjną gazą jodoformową. Do środka odbytnicy wprowadzono gruby dren owinięty gazą jodoformową aż poza szew kiszkowy i po zmniejszeniu zewnętrznéj rany kilkoma szwami skórnymi założono opatrunek okluzywny i umocowano go szeroką opaską.

Cała operacyja trwała pół czwarta godziny, a wycieńczenie choréj utrzymywanéj ciągle w głębokiéj narkozie nie było z pewnością większe od wycieńczenia operatora i jego asystentów! Utrata krwi operowanéj nie była w żadnem stadyjum operacyi niepokojącą, gdyż wobec zupełnéj dostępności pola operacyjnego, można było każde broczące naczynie krwionośne szybko i z całą dokładnością podwiązać. W ten sposób została chora o dobrem tętnie i w zupełnie zadowalającym stanie przeniesiona do łóżka, a ja miałem to przekonanie, iż w tym przypadku przedsięwzięcie operacyi Kraskego mimo wątłéj budowy choréj nie było wcale ryzykownym krokiem.

Przebieg pooperacyjny przedstawiał się nader korzystnie.

Pierwszego wieczora po operacyi najwyższa ciepłota 37·6, następnego dnia z rana 37·4, wieczorem 37·5, odtąd ciepłota nie przekroczyła nigdy 37° C. Wymioty wystąpiły tylko 2 razy w dniu operacyi z powodu długotrwałéj narkozy; na żadne bóle chora się nie uskarżała. Pierwszy opatrunek zmieniono czwartego dnia po operacyi, przyczem ograniczyłem się do usunięcia zewnętrznych jego części, przesiąkniętych wydzieliną przyranną, nie naruszając wcale w głębi rany deponowanéj gazy jodoformowéj ani drenu w kiszce stolcowéj, który choréj wbrew memu oczekiwaniu żadnych nie sprawiał dolegliwości. Chora nie miała dotychczas stolca i została pouczona, aby parciu na stolec nie dawać folgi. Dopiero 8-go dnia po operacyi podano oléj rącznikowy i z niemałą obawą wyczekiwałem na skutek *eccoproticum* gdyż los szwu kiszkowego był dopiero po dobréj funkcyi kiszki zapewniony. Istotnie dostało mi się w udziele to zadowolenie, iż po dostatecznem wypróżnieniu i całkowitéj następowéj zmianie opatrunku, mogłem z przyjemnością stwierdzić że miejsce szwu było zupełnie nietknięte i że końce kiszki zupełnie się zrosły. Ranę wytampowano powtórnie, lecz już cokolwiek luźniéj gazą jodoformową, poczem co 5 dni zmieniano opatrunek. Jama rany zmniejszała się ustawicznie przy tem postępowaniu, jednakże dopiero w połowie lutego, a więc w jedenaście tygodni, opuściła chora zupełnie uleczona mój zakład.

W każdym razie jest nader pouczającem przypatrzyć się obecnie jak nieznaczne ślady pozostawił po sobie tak olbrzymi zabieg chirurgiczny: obecnie widzi się bliznę szerokości kilku milimetrów o łukowatym kształcie w okolicy kości krzyżowéj, a cały ubytek po oddłutowanéj kości został tak pięknie wypełniony twardą masą, że nie widać w tem miejscu żadnego zagłębienia i tylko na miejscu usuniętéj kości ogonowéj wciąga się blizna nieco ku wewnątrz.

Badanie drobnowidowe wyłuszczonego nowotworu potwierdziło rozpoznanie raka, a badanie chorej na dniu dzisiejszym (to jest 31 maja) stwierdziło zupełnie zadowalający stan miejscowy i ogólny pacyjentki.

Kończąc mój skromny przyczynek do kazuistyki operacyi Kraskego, chciałbym zwrócić jeszcze uwagę szanownych kolegów na nader ważny moment praktyczny, którego słuszność i doniosłość każdy praktyczny chirurg łatwo pojmie, a który już tak często bez wszelkiego skutku poruszano. Jak najstaranniéj każdy lekarz różnemi wziernikami wybadać się stara stan cierpiącego narządu i nikt nie szczędzi trudu, w naocznym zbadaniu krtani, pochwy, pęcherza itd., jedynie odbytnicę ciągle się jeszcze po macoszemu traktuje w praktyce i mimo szczególnie łatwéj i mało czasu zajmującéj indagacyi zazwyczaj ją się pomija, mimo, że wyraźne skargi chorego łatwo na siedzibę choroby w odbytnicy naprowadzićby mogły. To też zazwyczaj raka odbytnicy w nader późnym okresie rozwoju się rozpoznaje, a tym sposobem i możność pomocy przez operacyję w wielu przypadkach wykluczoną zostaje. Pozwalam sobie zatem przy téj sposobności zwrócić uwagę szanownych kolegów na wielką doniosłość wczesnych badań odbytnicy w odpowiednich przypadkach, albowiem podług mego doświadczenia w naszych okolicach rak odbytnicy nie do rzadkich należy chorób.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 5 marca 1890 roku.

Przewodniczący: kol. Mars. Obecnych członków 33.

1. Prezes poświęca kilka słów wspomnienia dla uczczenia pamięci zmarłych koll. Dra Lutostańskiego i Dra Radka, zawiadamiając, że reprezentował Tow. lekars. na pogrzebie obu i złożył wieńce od Towarzystwa na ich trumnie. Obecni przez powstanie oddają cześć zmarłym.

2. Jednomyślnie przyjęto na czynnego członka Towarzystwa przez komitet przedstawionego Dra Kurasiewicza.

3. Kol. Browicz przedstawia preparaty ciałek krwi czerwonych u chorej dotkniętej ciężką żółtaczką, gdzie obok *poikilocytosis* niektóre ciałka okazują ruch wirowy i postępujący. Zdają się to być twory analogiczne do opisanych w ostatnich czasach przez Hayema i Klebsa u chorych już to z ciężką niedokrewnością, już to z influenzą.

Następnie tenże okazuje część trzew brzusznych u choréj przedstawionéj 20/3 1889 w Towarzystwie, u któréj wykonano potrójną laparotomiję. Pierwszy raz wykonał ją w r. 1887 w sierpniu z powodu niedrożności jelit prof. Obaliński. Stwierdziwszy jednak po otwarciu jamy brzusznej guz w ścianach kiszki ślepéj, jak przypuszczał, nowotworowy, odstąpił od zamiaru radykalnego zabiegu, a założył tylko rzyć *praeter naturam*. Gdy jednak wśród obserwacyi guz zniknął prawie zupełnie, a kał począł odchodzić drogą naturalną, porzucił myśl nowotworu, przypuszczając pomyłkę w rozpoznaniu. Późniéj na choréj w klinice chirurgicznéj robiono powtórną laparotomiję w celu zamknięcia przetoki kałowéj, kol. Rydygier jednak stwierdziwszy guz znaczny, odstąpił od dalszego zabiegu i zaszył ranę. Gdy atoli chora bezwzględnie domagała się usunięcia przetoki, otworzył raz trzeci jamę brzuszną i dokonał ileokolostomii, a następnie przedstawił w Towarzystwie chorą, która poczęła tyć i czuć się zdrową mimo pozostawienia guza nowotworowego. Obecnie na jelitach można stwierdzić, że sprawą tu się toczącą nie był nowotwór, lecz gruźlica kiszki ślepéj, zkąd wyszła gruźlica prosówkowa, głównie w wątrobie bardzo silnie usadowiona.

4. Kol. Surzycki wygłosił spostrzeżenia kliniczne o działaniu pyrodiny w chorobach gorączkowych, opisując przy tem przypadek zatrucia pyrodiną u choréj durowéj, u któréj po wyżyciu 1·2 gr. pyrodiny w 10 dni wystąpiła hemoglobinuryja, żółtaczka i wymioty. Przypadek ten w ogóle nakazuje ostrożność wielką co do tego środka.

5. Nastąpiła bardzo ożywiona dyskusyja nad ostatnią epidemiją influenzy. Kol. Ponikło zebrał daty co do wieku chorych na influenzę. Kol. Zaremba charakteryzował liczne przez siebie spostrzegane przypadki, w których znacznéj części śledziona bywała powiększona, a chinina działała prawie swoisto, skracając trwanie choroby. Kol. Podgórski zestawił obserwowane przypadki w szpitalu i podał cyfry zapalenia płuc dławcowego w ostatnich 10 latach, a w roku bieżącym wraz z śmiertelnością. Kol. Ponikło i prelegent mimo pilnego zwracania uwagi nie znachodzili powiększenia śledziony. W dalszéj dyskusyi zabierali głos koll. Surzycki, Obaliński, Domański, Lustgarten, Porębowicz, Filipkiewicz, Kohn i inni.

Sekretarz: *Dr. Czesław Podgórski.*

V. Sprawozdanie z II-go Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie.

(*dzień 2-gi 16 lipca 1890 r.*).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

Wykład IX. Kol. Bossowski: „Przypadek tętniaka tętnicy szyjnéj wewnętrznéj“, operowany przez siebie przed tygodniem (z przedstawieniem chorych).

Chociaż ucisk możnaby było zastosować, używszy opatrunku Mikulicza, to jednak *tuto, cito et iucunde*, jakkolwiek zasada ta wymaga noża, zastosowano przy operacyi sposób Antylusa, bo nawet uciskowi przeszkadzałyby i nerwy. Od 4 lat chora zauważyła guz, który od lat 2 zaczął wzrastać. Guz wielkości orzecha włoskiego, tętniący wyraźnie, dawał się przy badaniu wykazać, a z umiejscowienia przypuszczano, że tętniak wychodzi z podziału *carotis communis*. Operacyję miało stanowić podwiązanie do i odprowadzającego końca tętnicy, co też tydzień temu podjęto. Według Coopera odsłonięto mięsień mostko-sutko obojczykowy i podwiązano tętnicę dogłowową wspólną. Okazało się, że tętniak wychodzi z *carotis interna*, a powodem powstania jest rozległa miażdżyca, którą dziś jeszcze w postaci zwapniałéj blaszki, na pięknym okazanym preparacie okazać można. Prelegent okazuje chorą, zdejmuje jéj opatrunek; rana zagojona *per primam*, a ładny wynik operacyi przemawia za metodą Antylusa.

Nad oboma wykładami toczyła się dyskusyja.

Kol. Berger twierdzi, że w przypadku I. przedstawionym przez kol. Ziembickiego, można prawie na pewne myśleć, że w czas jakiś, naturalnie dłuższy, po podwiązaniu tętnicy *femoralis* wynik będzie dobry.

Kol. Ciechomski przytacza przypadek, gdzie operowano w przypadku tętniaka szyjnego, wypełnionego skrzepami; krwotok był niewielki, a po wydaleniu skrzepów powstał tak nagle, iż musiano zaraz przystąpić do podwiązania tętnic.

Kol. Obaliński przemawia za każdorazowem wyłuszczaniem tętniaka, gdyż po niem zawsze widział dobry skutek.

Kol. Gross jest przeciwnego zdania i sądzi, że wystarczy podwiązać tętnice, worek rozciąć i wytamponować.

Daléj zabierali głos kol.: Trzebicky, Obaliński, Bogdanik, Gross i Ziembicki, a ten ostatni za wyłuszczeniem, z wyjątkiem tętniaków na szyi, gdyż podwiązanie tak ważnych tętnic może sprowadzić zaburzenia w odżywieniu mózgu, ucisk zaś jest środkiem w tym wypadku choć mniéj dobrym, jednak łagodniejszym.

Kol. Rydygier zgadza się pod pewnym względem z kol. Ziembickim, lecz co do przypadku kol. Bossowskiego nadmienia, że tętniak ten uważano z początku za *aneurysma carotidis externae* i dla tego przystąpiono do wyłuszczenia, co na szczęście nie pociągnęło za sobą żadnych poważniejszych zaburzeń ze strony mózgu. W końcu prosi kol. Jasińskiego o tymczasowe zastąpienie go w przewodniczeniu obradom zjazdu.

Wykład X. Kol. Szuman mówi o „leczeniu ciąży zewnątrzmacicznéj i wskazaniach operacyjnych przy takowéj.“ Prelegent przytacza trzy spostrzeżenia z własnéj praktyki:

1. Ciąża zewnątrzmaciczna. Krwistek zamaciczny. Laparotomija po 4 miesiącach życia płodowego. Niemożliwość wydobycia płodu z powodu obszernych i silnych zrostów z kiszkami, pokrywającemi zupełnie worek płodowy. Późniéj cięcie przez pochwę, wydobycie i wypłukanie zmiękłego płodu kawałkami. Wyzdrowienie zupełne.

2. Ciąża zewnątrzmaciczna. Po 3 miesiącach krwisteki wewnątrzbrzuszne ogromnych rozmiarów. Zropienie zawartości worka płodowego. Przecięcie przez pochwę. Odsączenie niedostateczne. Nowe cięcia pochwowe i brzuszne. Zagojenie zupełne, lecz powolne.

3. Ciąża ektopiczna w lewym nierozwiniętym rogu macicy (lub ciąża śródścienna, *grav. interstitialis sin.* (?). Wyłyżeczkowanie płodu wraz z łożyskiem i błonami płodowemi przez macicę otwartą i próżną. Wyzdrowienie szybkie.

S. zwraca uwagę, że leczenie operacyjne ciąży zewnątrzmacicznéj zrobiło ogromne postępy w ostatnich 5—6 latach od czasu ważnych prac Veita, Wertha, Lawsona-Taita i wielu innych zasłużonych na tem polu autorów. Następnie omawia autor leczenie ciąży zewnątrzmacicznéj w pierwszych miesiącach życia płodowego za pomocą galwanizacyi i faradyzacyi (w celu zabicia zewnątrzmacicznego płodu i resorbcyi tegoż wraz z workiem płodowym), używanéj w ostatnim dziesiątku lat z tak dobrym skutkiem w Ameryce, a pochodzącéj od Włocha Bachettiego. Autor zwraca uwagę, że inne leczenie należy stosować w pierwszych miesiącach ciąży ektopicznego (pozamiejscowego, t. j. po za miejscem właściwem umieszczonego) płodu, inne po krwistekach w pierwszych miesiącach, inne w ostatnich tygodniach przed prawidłowym porodem wobec żyjącego płodu i inne wreszcie po obumarciu płodu w ostatnich miesiącach życia płodowego wobec rozwiniętych już i twardych kości i stopniu rozwoju nie zdolnym już do zaniku przez resorbcyję ze strony otrzewny matczynéj. Rozebrawszy szczegółowo te wszystkie możliwości i zestawiwszy statystycznie odpowiednie rezultaty lecznicze i operacyjne z literatury aż do ubiegłego półrocza 1890 r. włącznie, dochodzi do następujących wniosków:

1. W pierwszych miesiącach życia płodowego pozamacicznego należałoby spróbować elektryzowania (bez punkcyi i bez galwanopunktury). 2. Jeżeliby takowa pozostała bez skutku, zrobić lub zalecić wtedy (przed pęknięciem worka płodowego) operacyję Veita, t. j. laparotomiję wczesną poprzedniczą (*laparo-kelyphoectomia* lub *laparo-salpingoectomia abortiva primaria*). 3. Przy ciąży ektopicznéj (w macicy dwurożnéj w nierozwiniętym rogu lub w części trąbki przy-

macicznéj) z macicy dostępnéj spróbować wyłyżeczkowania płodu przez macicę (tak jak autor w przypadku III) z zachowaniem należytych ostrożności. 4. W razie objawów pęknięcia worka płodowego łagodnie przebiegających i nie grożących życiu, należy chorą zatrzymać w łóżku i leczyć wyczekująco (lód, opijum, dyjeta, spokój), jeżeli płód daléj nie rośnie i jeżeli groźniejsze krwotoki zapalenia itp. się nie pojawiają. 5. Jeżeli te ostatnie objawy się okazują, t. j. albo płód mimo pęknięcia worka płodowego rośnie, albo powstają śmiercią grożące krwiotoki i krwisteki i zapalenia, należy usunąć radykalnie przyczynę choroby i wykonać laparotomiję wczesną następczą *laparokelypho- vel laparosalpingoectomia abortiva secundaria*). 6. Jeżeli płód jest bliskim donoszenia i żywym w chwili, gdy nam się chora przedstawiła, wtedy krótko przed porodem możemy wykonać laparotomiję późną poprzednią, t. j. poprzedzającą śmierć donoszonego płodu (*laparokelyphoectomia* lub *laparokelyphotomia serotina primaria*), albo 7. Przeczekać 8—10 tygodni po obumarciu płodu i zrobić operacyję późną następczą (*operatio serotina secundaria*), któréj istnieje bardzo wiele postaci i stosownie do tego, czy przez brzuch, czy przez pochwę, czy przez kiszkę odchodową itp. płód wydobywamy.

Wszystkie te postacie mają w poszczególnych razach uprawnienie, jak to autor na statystyce Żmigrodzkiego i własnéj wykazuje. Typową operacyją jest cięcie brzuszne z wycięciem całego worka płodowego (*laparokelyphoectomia serotina secund.*), lecz są wypadki, gdzie laparotomija jest wprost przeciwwskazaną, a cięcie przez pochwę, lub rozszerzenie istniejących przetok najwłaściwszem. 8. Wyczekująco się zachować dłuższy czas niż w Nrze 7 po śmierci płodu w nadziei zwapnienia tegoż tylko wtedy wolno lekarzowi, jeżeli matka nie ma żadnych ztąd dolegliwości. Jeżeli zwapnienie (*lithopaedion*) nie następuje, wtedy choć i bez groźnych objawów lepiéj jest wczas operować, niż czekać sposoczenia zawartości worka płodowego.

W dyskusyi zabierają głos najprzód kol. Madurowicz, który twierdzi, iż jest trudno zdecydować się robić laparotomiję, gdyż łatwo możemy mieć krwotok do zatoki Duglasa, a u choréj i tak wycieńczonéj, rzecz naturalna, trudnym jest ten zabieg.

Kol. Czaplicki wspomina, że wypadek jego nie podchodzi w rachubę wyliczonych przez kol. Szumana. Tu w 17-ym miesiącu ciąży po zrobieniu obrotu wydobyto płód przez odbytnicę. W 8-ym miesiącu ciąży zgłosiła się chora tak wycieńczona, że przy laparotomii byłaby z pewnością zginęła. Kiedy się bóle wzmogły, zalecano laparotomiję, lecz téj kol C. robić nie chciał, bo myślał i słusznie, że płód jest w zatoce Duglasa. Po nad zwieraczem dał się wyczuwać otwór, a w nim stercząca główka. Zrobiwszy obrót, rozciął części miękkie do kości ogonowéj, główka jeszcze została i po kawałku kleszczami kostnemi resztę płodu wydobył. Zgadza się więc z kol. Madurowiczem, a ten ostatni przytacza dwa analogiczne przypadki.

Daléj mówił kol. Mars i kol. Szuman, broniąc zdań swoich.

Wykład XI. Kol. Rydygier: „O wycinaniu macicy." Rak macicy należy do najczęstszych chorób, stąd nasuwa się pytanie, jaki sposób leczenia jego jest najlepszy? Powszechnie według umiejscowienia rozróżnia się raka szyjki i raka saméj macicy. Rozpoznanie początków choroby jest bardzo trudne i trzeba się uciekać do mikroskopu. Daléj idzie o to, czy trzeba przystąpić do wczesnéj operacyi, gdyż zupełne wyleczenie jest tylko możliwe we wczesnych okresach. Z przypadków Schrödera i Martina wynika, że rak macicy uleczalnym być może, stąd obowiązek szybkiego rozpoznania i szybkiéj operacyi. Jeśli się ma do czynienia z *carcinoma corporis uteri*, to najlepiéj wyciąć całą macicę. Wobec rakowca części pochwowéj Schröder radzi robić amputacyję i twierdzi, że takowy nie przechodzi nigdy na trzon, a więc wycinanie macicy jako zabieg bardzo niebezpieczny, pozbawiający tak ważnego narządu, jest przeciwwskazany. Kol. Rydygier jest zdania zupełnie przeciwnego, uważa bowiem rakowiec części pochwowéj z doświadczenia za chorobę nie lokalizującą się tak ściśle, więc wobec tego należy wycinać jaknajdalej od granic nowotworu, w częściach zupełnie zdrowych a operując radykalnie raka, wyciąć całą macicę nawet w przypadku, o którym mowa. Że tak jest i że operacyja ta wycięcia całej macicy nie jest tak niebezpieczną, jak podają niemieccy autorowie, przemawia zatem statystyka Matlakowskiego, który na 23 przypadków nie miał ani jednego przy wypadku śmierci, prelegent zaś, operując 4 razy metodą Freunda a 16 razy swoją, miał tylko dwa przypadki z zejściem śmiertelnem, piewszy u chorej, gdzie rak tak dalece się rozszerzył i zniszczył macicę, że takowa była kruchą i trzeba było lewą ręką trzon napychać, a prawą całość wyciągać. Wskutek tej manipulacyi, musiało się dostać kilka kropel ropy do trąbek, co sprowadziło zakażenie i śmierć. II-go przypadku śmierci już nie można kłaść na karb samej operacyi. Tu w ranę wsunęły się jelita, wsadzono gazę, której potem nie można było odnaleść. Sądząc, że się takowa otorbi, zdecydowano się nie szukać jej wcale. Chora przez tydzień miała się dobrze, a po tygodniu zaczęło się wydobywać trochę ropy. W 5 tygodni potem, przy przepłukiwaniu pochwy, wydobyto zropiałą gazę, niestety na drugi dzień nastąpiła ropnica i zejście śmiertelne. Ze statystyki dalej w wykładzie przytoczonej, widzieć można, że zaledwie 5% jest śmiertelności, łatwość operacyi dość znaczna, tak, że tylko polecić ją można. Na zakończenie kol. Rydygier okazuje książkę nieznanego autora, jakiegoś anatoma, który już w roku 1500 dokonał wycięcia macicy z dobrym skutkiem. Dalej okazuje preparat kol. Marsa i Krokiewicza, wyciętéj przez siebie macicy, w czwartym miesiącu ciąży.

Kol. Sawicki zwraca uwagę na konieczność sondowania macicy przed operacyją, przytacza swój przypadek, gdzie nie sondował, a podczas operacyi wylała się ropa, więc dopiero wtenczas dowiedział się o posocznicy. Również zwraca uwagę na nadęcie kiszek, po wycięciu macicy. Kol. Bogdanik, jak i poprzedni uważają operacyją tę za łatwą, nie uważa jednak za konieczne, robić ją w przypadkach raka, gdyż w 2 przypadkach robionego przez siebie odcięcia części pochwowej nawet po 2 latach nie widział nawrotu; kol. Ciechomski, zaleca zastosowanie przy wycięciu Riecbelota, gdyż uważa, że okres gojenia w 5 przypadkach, jakie spostrzegał był szybszy niż po podwiązaniu, rana zaciągała się szybko i pewnie. Kol. Wehr wspomina o 30 przypadkach tejże operacyi we Lwowie, z których sam operował dwa, z których jeden umarł mu z powodu nawrotu, drugi zakończył się dobrze.

Kol. Madurowicz nadmienia, że gdzie mniejsza operacyja ma ten sam skutek, co większa, to tam nie należy pozbawiać takiego narządu, co jak wiadomo częstokroć sprowadza zboczenie umysłowe w postaci zadumy. Chirurdzy w innych rzeczach są tak konserwatywni, a w tem nie zgadzają się ze swemi zasadami, zaraz zabierają się do operacyi, bo są przyjazne stosunki, i stąd ta świetna statystyka. Wszak są przypadki choroby miejscowej, które nie wymagają wyłuszczenia całkowitego, tem bardziéj, że to wpływa deprymująco na chorą. Kol. Madurowicz jest tedy zdania, że wobec raka szyjki wystarczy wycinać takową w postaci klina w zdrowych częściach. Kol. Barącz operował 2 przypadki, z powodu uchwycenia w ligaturę moczowodu. Kol. Wehr, opierając się na doświadczeniach Heidenhaina i Kol. Hempla, jest za całkowitem wycinaniem macicy. W końcu dyskusyi zabiera głos Kol. Rydygier stając na stanowisku wypowiedzianem w wykładzie i jeszcze raz broniąc takowego. Na tem zakończono II. poranne posiedzenie zjazdu.

Posiedzenie popołudniowe w sali wykładowéj prof. Cybulskiego.

Wykład XII. Kol. Beck: „Oznaczenie lokalizacyi czynności kory mózgowéj na podstawie zjawisk elektrycznych w mózgu."

Przyczyna, dla któréj w téj sprawie głos zabierano, to chęć zyskania pomocy chirurgów, gdyż im zdarza się tak często sposobność odsłoniania kory mózgowéj i możność robienia doświadczeń na niéj. Jeżeli za pomocą dobrego przewodnika elektryczności połączymy przekrój poprzeczny nerwu lub mię-

śnia z powierzchnią nieuszkodzoną, to w łączniku za pomocą odpowiednich przyrządów możemy wykazać istnienie prądu, który nosi nazwę prądu spoczynkowego, w odróżnieniu od prądu czynnościowego, który powstaje ilekroć nerw lub mięsień wprawimy w stan czynny. Przyczyną powstawania prądu spoczynkowego jest pojawianie się napięcia elektroujemnego w miejscu uszkodzenia nerwu lub mięśnia, a dla prądu czynnościowego punktem wyjścia jest napięcie elektroujemne w miejscu, gdzie powstaje stan czynny. Wychodząc więc ze stanowiska, że wszędzie tam, gdzie powstaje stan czynny w mięśniu, nerwie, gruczole, pojawia się napięcie elektroujemne, kol. Beck starał się przekonać, czy i w układzie nerwowym środkowym powstaje prąd spoczynkowy i czynnościowy i czy na podstawie oznaczenia kierunku tego prądu będzie można wykazać, które ośrodki przeszły w stan czynny. Początkowe doświadczenia robiono na żabach, następne zaś na zwierzętach ciepłokrwistych. Doświadczenia te wykazały w istocie, że przy drażnieniu oka światłem zjawia się napięcie elektroujemne w płacie potylicznym kory, przy drażnieniu ucha w płacie skroniowym itd. i w ten sposób można oznaczyć lokalizacyję czynności kory. Doświadczenie zostało powtórzonem przed słuchającymi i udało się bardzo pięknie. Wychylenia igły w galwanometrze pokazywano za pomocą projekcyi na ekranie. Kol. Cybulski usprawiedliwia jeszcze raz, dla czego wykład ten w gronie chirurgów wygłoszono.

Wykład XIII. Kol. Sawicki: „Przyczynek do nauki o krwawych torbielach szyi.“ Do rzędu słabo opracowanych działów chirurgii należą torbiele szyi; to też przytacza dwa przypadki przez siebie spostrzegane, które wszystkich zainteresowały. Pierwszy chory był to człowiek liczący lat 53, cierpiący od dawna na zawroty głowy i skłonność do zemdleń, a przed 5 laty zauważył guz wielkości jabłka po lewéj stronie szyi, który się szybko powiększał, sprawiał bóle i zmusił chorego do szukania pomocy. Strzykawka Pravatza wydobyła wówczas płyn krwawy. Zalecono choremu operacyię, ten na nią się nie zgodził, wyszedł z zakładu na to, aby po raz drugi się zgłosić i znowu przed operacyją uciekać. Przyrządem Potina wyciągnięto kilka naczyń owego płynu krwawego, założono ucisk Mikulicza; bolesność była tak wielką i guz zaczął wzrastać, że ucisku zaniechać musiano. Po jakimś czasie guz się sam zmniejszył, a obecnie chory ma się dobrze. Podobny do poprzedniego przypadek spostrzegał kol. Sawicki u 23 letniego wieśniaka, chorego kol. Leszczyńskiego. Znowu powtórzyła się ta sama historyja co z chorym pierwszym, guz wzrastał, to znowu znikał, a chory z tryjumfem odchodził, że uniknął operacyi, ze smutkiem wracał widząc, że guz na nowo powstaje. Dla pełności obrazu brak tu badań anatomo-patologicznych. Można tylko przypuścić, że mamy tu do czynienia z torbielami, którym dało początek zboczenie w rozwoju gruczołów chłonnych i towarzyszących im naczyń. Byłyby to więc przypadki analogiczne z opisanym niedawno przez Beiera, a niniejsze przypuszczenie potwierdza niejako ta okoliczność, że w I. opisanym przypadku rzeczywiście nad obojczykiem wyczuwamy wyraźnie gruczołowatą, siatkowatą tkankę, nadto umiejscowienie guzów przemawiałoby za tem.

Kol. Szuman w dyskusyi opisuje podobny przypadek u człowieka starszego, II. przypadek, który operował, wskazuje na etyjologiję podaną przez prelegenta, gdyż w takowym znaleziono limfę. Kol. Midowicz przytacza także przez siebie spostrzegany przypadek torbiela krwawego w okolicy ramienia.

Wykład XIV. Kol. Berger: „Nowy sposób operowania polipów nosopołykowych“ Już w zeszłym roku podał sposób operowania polipów cięciem pionowem wzdłuż nosa, oddzielając przyczep wargi od wyrostków zębowych, a obecnie idąc za przykładem Königa, który radzi otwierać nozdrze w linii środkowéj ku górze i wprowadzoną łyżką oderwać nasadę, kol. Berger skombinował metodę Königa z metodą inną, co można było zastosować bez narkozy, a wyniki jakie otrzymał, zachęcają go do dalszego stosowania.

W dyskusyi zabierali głos kol. Obaliński, zalecając metodę Brunsa, która ma dawać bardzo dobry przystęp i nie jest trudną. Kol. Kijewski sądzi, że wystarczy jama ustna i nosowa, aby wydostać nawet wielkie polipy, a przedwstępna operacyja nie jest tu wcale potrzebną, chyba w przypadkach, gdzie chodzi o zajęcie kości. Na dowód przytacza historyję chorego przez siebie operowanego. Kol. Szuman popiera kol Kijewskiego. Daléj zabierają głos kol. Obaliński, Bossowski, Kijewski, Berger, podnosząc wady i zalety metod Gussenbauera, Brunsa, Königa i innych. Kol. Ziembicki przewodniczy dalszym obradom. (C. d. n.)

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków.** dnia 31-go lipca. Od prof. Obalińskiego otrzymujemy następujące sprostowanie:

W sprawozdaniu z II. zjazdu chir. pols. w Nrze 30-tym z 26-go lipca, str. 437, 1 szpalta, jest dyskusyja moja mylnie przedstawioną; ustęp ten brzmiał jak następuje: „kol. O. przypomina, że już przed 20 laty używano przy próchnieniu kości wstrzykiwań środków żrących (kol. Villati), a w ostatnich czasach wrócono do nich w klinice Alberta (Kolischer) jednak i o tych, pomimo chwilowego rozgłosu zapomniano. Po balsamie peruwiańskim zauważał O. reakcyją silniejszą i bolesność znaczną. Ze wszystkich proponowanych środków utrzymał się tylko jodoform, którego O. używa w ostatnich czasach w rozczynie eteru; ten bowiem ulatniając się pozostawia delikatną powłokę jodoformową sięgającą w najmniejsze uchyłki i zatoki rany operacyjnéj“.

Ponieważ w wydrukowanym ustępie znajdują mylne podania, których nie powiedziałem i powiedzieć nie mogłem, przeto proszę o łaskawe sprostowanie.

* Zjazd lekarski w Berlinie zapowiada się wcale okazale tak pod względem rozpraw naukowych i wybitnych osobistości lekarskich, które wezmą udział, jakoteż pod względem liczby uczestników. Przygotowania czynią w Berlinie na 2000 obcych lekarzy. Z Krakowa podążą na zjazd między innymi Drowie prof. Browicz, fizyk Buszek, prof. Gluziński, dr. Karpiński, prof. Łazarski, dr. Łepkowski, prof. Pieniążek, dr. Szymkiewicz, prof. Teichmann i doc. Trzebicky. Otwarcie wystawy lekarskiéj nastąpi dnia 2-go b. m., otwarcie samego zjazdu dnia 4-go (w poniedziałek) o godz. 11-téj przedpołudniem. Obrady zakończą się uroczystem posiedzeniem w sobotę d. 9-go b. m. Prof. Rydygier podąży do Berlina z Sobót, gdzie obecnie bawi.

* Na ostatniem posiedzeniu Najwyższéj Rady Zdrowia zastanawiano się nad epidemiją cholery w Hiszpanii i Małéj Azyi i nad zaopatrzeniem w wodę przedmieść miasta Wiednia. Na wniosek referenta prof. Grubera postanowiono dążyć do założenia państwowego zakładu krowiankowego. Wkońcu roztrząsano sprawę połączenia miasta Wiednia z przedmieściami pod względem policyjno-sanitarnym.

* Krajowa Rada zdrowia odbyła dnia 15-go lipca b. r. dwunaste posiedzenie, na którem następujące sprawy stanowiły przedmiot rozpraw: 1) wydano opiniję w sprawie nadania koncesyi na aptekę w Makowie (pow. myślenicki). 2) Wyrażono opiniję w sprawie utworzenia lecznicy w Myślenicach. 3) Poczyniono odpowiednie wnioski co do nadzoru lekarskiego w szpitalach Sióstr Miłosierdzia. 4) Wydano opiniję co do kierownictwa zakładu inhalacyjnego w Szczawnicy. 5) Uchwalono szkice na wzorowe szpitale prowincyjonalne. 6) Wyrażono opiniję w sprawie szkiców na wzorowe szpitale prowincyjonalne, przedłożonych przez Wydział krajowy.

* C. k. Namiestnictwo we Lwowie rozesłało okólnik w sprawie tajnego leku, zwanego *Oleum Baunscheidtii*, który dostawał się z po za granic państwa wraz z przyrządem zwanym *Lebenswecker* jako oléj maszynowy.

* Według wiadomości nadchodzących z Kopenhagi szerzy się influenza gwałtownie w Islandyi. Ludność zaniepokojona w wysokim stopniu, zwłaszcza, że wśród dawniejszych epidemij śmiertelność bywała tak znaczną jak z cholery w innych krajach.

* Ruch kąpielowy. Do dnia 24-go lipca bawiło w Cieplicach czeskich osób 4869. W Szczawnicy do dnia 14-go lipca osób 2250. W Krynicy do dnia 21-go lipca osób 2829.

* **Budapeszt.** Senat sądowo-lekarski, o urządzeniu którego w swoim czasie wspomnieliśmy, wejdzie w życie w miesiącu sierpniu, a prezesem jego ma być mianowany prof. Kovacs.

* **Paryż.** Pod przewodnictwem Fourniera ukonstytuował się komitet, zbierający składki na pomnik dla Ricorda, stanąć mający w *Hôpitel du midi*. Syfiliologów austro-węgierskich reprezentuje w tym komitecie prof. Kaposi.

* **Mianowania i odznaczenia.** Cesarz nadał lekarzowi przybocznemu radcy dworu W i d e r h o f e r o w i w uznaniu znakomitych usług, oddanych Arcyks. Maryi Waleryi, godność barona.

* **Wiadomości uniwersyteckie.** Prof. okulistyki w Marburgu S c h m i d t - R i m p l e r powołany został do Gietyngi, a prof. L e b e r z Gietyngi do Heidelberga. **Insbruck.** Dr. T o r g g l e r habilitował się jako docent położnictwa i ginekologii.

* **Nekrologija.** W Londynie umarł b. profesor anatomii porównawczéj Wilhelm P a r k e r, najznakomitszy mikroskopista angielski. — W Poznaniu umarł Dr. Jan R y m a r k i e w i c z.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 30: K l e j n a: Przyczynek do patologii białaczki wrzekoméj; Z w e i g b a u m a: O stosowaniu elektryczności w ginekologii (c. d.); M a t l a k o w s k i e g o: Zestawienie 25 przyp. otwarcia jamy brzusznéj (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 30: T e t z a: Stosowanie salicylanu sodowego przy surowiczem zapaleniu opłucnéj.

Redakcyja otrzymała:

Prof. E. HOFMANN: Lehrbuch d. gerichtlichen Medicin, V. vermehrte u. verbess. Auflage, Erste Helfte (arkusz 1—30), Wien und Leipzig, Urban u. Schwarzenberg 1890. — Ueber Feuerbestattung von Prof. Dr. GOPPELSROEDER, Mühlhausen im Els. 1890, in 8-vo str. 108, z 5 rycinami w tekście. — Wł. ŚWIĄTECKI: Rzadki przyp. b. rozległéj rozedmy podskórnéj powstałéj na tle gruźl. płuc (odbitka z *Gazety Lek.* 1890) in 8-vo str. 8. — Dr. J. KARLINSKI w Stolacu: Zur Kenntniss d. Tenacität d. Choleravibrionen.

W zastępstwie Redaktora odpowiedzialnego: **Dr. I. Schaitter.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 9 Sierpnia 1890. Nr. 32.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

I. O możliwości skaleczenia tętnicy nadbrzusznéj dolnéj (*arteria epigastrica inf.*) przy paracentezie jamy brzusznéj [1]).

Podał

Dr. Rudolf Trzebicky,

docent chirurgii w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Paracenteza jamy brzusznéj należy do najdawniejszych zabiegów chirurgicznych, była już bowiem w odległéj starożytności wielokrotnie podejmowaną. Następnie zarzucona z powodu rzekomo nieświetnych wyników, jakie otrzymano, zdobyła sobie z czasem na nowo należne uznanie.

Sposób wykonywania punkcyi był różny. I tak posługiwano się w tym celu naprzemian jużto lancetem, jużteż trójgrańcem lub też używano obu narzędzi razem, zadając lancetem małe cięcie skórne, a następnie z obawy skaleczenia jakiego naczynia krwionośnego lub też jelita, wbijano tępy trójgraniec. Obecnie technika paracentezy, którą uważamy za jeden z najprostszych zabiegów chirurgicznych, jest rzec można wykończoną i jeśli co, to jedynie wybór miejsca wkłucia może być spornym.

Od czasów Monroa jako miejsce najodpowiedniejsze do tego zabiegu, podają prawie wszystkie podręczniki i dzieła chirurgiczne punkt środkowy linii prostéj, poprowadzonéj od pępka do przedniego górnego wyrostka kolczystego kości biodrowéj po stronie lewéj dodając, iż w ten sposób można prawie na pewne uniknąć skaleczenia tętnicy nadbrzusznéj (*art. epigastrica*). Za wyborem strony lewéj brzucha przemawia tylko ta okoliczność, iż odpowiada ona prawéj stronie operującego, który zazwyczaj stojąc przed chorym, może swobodnie używać ręki prawéj (A. G. Richter [2]).

Miejsce to, które, jak wyżéj wspomnieliśmy, ma obecnie najwięcéj zwolenników, nazwiemy dla skrócenia „miejscem wyboru“.

Dwa inne miejsca wkłucia, z których jedno podał Zang, a drugie Lisfranc, nie zyskały w chirurgii prawa obywatelstwa i dlatego w dziełach chirurgicznych bywają albo pomijane, albo też autorowie tylko pobieżnie o nich wspominają. Zang mianowicie wkłuwa trójgraniec w miejscu krzyżowania się dwu linij, z których jedna przechodzi od dolnego brzegu ostatniego żebra fałszywego do grzebienia kości biodrowéj, druga zaś poziomo przez pępek ku tyłowi; Lisfranc zaś radzi poprowadzić linię prostą od wyrostka mieczykowatego mostka do spojenia łonowego, a następnie dwie trzecie części cala poniżéj środka téjże linii przeprowadzić drugą linię prostą do przedniego górnego wyrostka kolczystego kości biodrowéj i w punkcie środkowym téjże wkłuwać trójgraniec. Również i znakomici anatomowie oświadczyli się tak, jak większość chirurgów, za miejscem przez Monroa wybranem. I tak Hyrtl [1]) powiada: *die Wahl dieses Punktes ist anatomisch gerechtfertigt*, a Karol Bardeleben [2]) twierdzi, że linię poprowadzoną od pępka do *spina anterior superior ossis ilei* przecina tętnica nadbrzuszna na granicy pomiędzy jedną częścią téjże wewnętrzną a środkową.

Jednakże nie brak i głosów odzywających się, że paracenteza w miejscu przez Monroa podanem nie jest zupełnie wolną od niebezpieczeństwa, jak również przytaczających na poparcie tego zdania rozliczne przypadki śmierci przez zakrwawienie po punkcyi.

Wprawdzie nie we wszystkich owych niepomyślnie zakończonych przypadkach miejsce wkłucia dokładnie podano, jednakże kilka dokładnie obserwowanych i opisanych przypadków daje dostateczną wskazówkę dla sumiennego operatora, aby rzeczy téj nie lekceważył. Już Richter [3]) wspomina o kilku przypadkach obfitych krwotoków po paracentezie, raz jeden spotkała ta nieprzyjemność Belloca, a Cline stracił chorego skutkiem skaleczenia *art. epigastrica* przy *lege artis* wykonanéj paracentezie. Z tego to powodu Cline tak gorąco zaleca miejsce, jeden cal poniżéj pępka, jako

[1]) Wykład wygłoszony na II. zjeździe chirurgów polskich.
[2]) *Anfangsgründe der Wundarzneykunst*, t. V., str. 139.

[1]) *Handbuch der topographischen Anatomie*, 6-te wydanie t. I., str. 698. — [2]) Eulenburga: *Realencyclopedie*, 2 wydanie, t. 3, str. 407. — [3]) l. c.

najodpowiedniejsze, a popierają go w tym względzie Cooper[1]) i Chelius[2]).

Dieffenbach[3]) również twierdzi, że z miejsca wybranego przez Monroa łatwo *art. epigastrica* skaleczyć można, a podobne zdanie wypowiada i Heineke[4]), który obawia się, że skaleczenie to może łatwo nastąpić przy istniejącym rozstępie mięśni prostych brzucha.

W przeciągu méj 8-letniéj praktyki chirurgicznéj wykonałem w różnych miejscach około 100 razy punkcyję jamy brzusznéj, jednakże rzadko tylko trzymałem się miejsca przez Monroa podanego. Przed kilku miesiącami jednak, gdym właśnie ściśle według przepisu postąpił, szczerze mego czynu pożałowałem. W krótkości pozwolę sobie przytoczyć mój przypadek.

U kobiety około lat 40 liczącéj, licho odżywionéj, wieloródki, u któréj punkcyję jamy brzusznéj już kilkakrotnie z powodu puchliny brzucha, wywołaną przez guz jajnikowy nie nadający się do operacyi wykonywałem, przystąpiłem z powodu znacznego stopnia duszności ponownie do operacyi. Wbiłem trójgraniec Billrotha w środku linii łączącéj pępek ze *spina ant. syp. ossis ilei* i wypuściłem około 10 litrów płynu surowiczego, nieco różowo-zabarwionego.

Podczas całéj téj około 3 kwadranse trwającéj operacyi, miała się chora zupełnie dobrze, a tętno nie okazywało żadnéj zmiany. Gdym jednak rurkę wyciągnął, w téj chwili zmienił się obraz. Chora zbladła, zaczęła się skarżyć na duszność i ćmienie przed oczyma, tętno stało się ledwie wyczuwalne, późniéj zaś wcale wyczuć się nie dało, a z miejsca punkcyi wytryskała strumieniem jasno-czerwona krew. Każdy przyzna, iż było to położenie wcale nie do pozazdroszczenia dla lekarza, który bez żadnéj pomocy i bez narzędzi widzi, jak niedawno jeszcze względnie dobrze się mającéj choréj wskutek zabiegu zwykle wcale nie niebezpiecznego grozi niechybna śmierć z zakrwawienia! Natychmiast zaimprowizowałem mocną opaskę brzuszną, gdy jednak ta po chwili zaczęła przemakać, a obrzękłe surowiczo powłoki brzuszne nie pozwalały na uniesienie powłok i ujęcie ich w fałd tak, aby tętnicę należycie ucisnąć, usunąłem opatrunek i wcisnąłem obie moje ręce złożone w pięść głęboko w zatokę biodrową lewą aż ku miednicy małéj, aby ucisnąć tętnicę biodrową. Zarazem posłałem do mieszkającego najbliżéj kolegi z prośbą, aby zechciał mi na pomoc pospieszyć zaopatrzony w strzykawkę Pravatza i eter z kamforą. Ucisk wywarty okazał się zupełnie wystarczającym: z rany krew się nie pokazywała, tętno stało się znów wyczuwalnem, a po podaniu środków skrzepiających poprawił się również i stan ogólny tak dalece, że po prawie 3-godzinnem bezustannem uciskaniu, mogłem pomyśleć o zastąpieniu mych omdlewających rąk odpowiednim opatrunkiem. Wciśnięto zatem duży twardy zwitek waty w zatokę biodrową lewą i przymocowano go silnie za pomocą kilku opasek. Przekonawszy się, że opatrunek spełnia swoje zadanie, a chora ma się zupełnie dobrze, mogłem dopiero oddalić się uspokojony. Po 4 dniach zwolniono opatrunek, a po dalszych 4 dniach usunięto go zupełnie.

Cały przebieg przypadku, a mianowicie bardzo silne krwawienie po wyciągnięciu kaniuli, przemawiało za skaleczeniem tętnicy nadbrzusznéj. Tem samem nasuwało się pytanie, czy mieliśmy tu do czynienia z nieprawidłowym przebiegiem tętnicy, czy też wybór miejsca punkcyi, która przecież była *lege artis* wykonaną, był nieodpowiednim.

Ponieważ zdawało mi się, że najpewniéj będzie można rozwiązać to pytanie na drodze badania anatomicznego, przeto udałem się do wielmożnego pana prof. dra Teichmanna, który nadzwyczaj uprzejmie udzielił mi do dyspozycyi cały materyjał zakładu anatomicznego. Dlatego to poczuwam się do nader miłego obowiązku złożenia Mu na tem miejscu serdecznego podziękowania za szczególniejszą troskliwość, z jaką mię przy pracy niniejszéj tak radą jakoteż i czynem wspomagał.

Badania moje uskuteczniałem na rozmaitych zwłokach, u których tętnice nastrzykane były masą kitową prof. Teichmanna, a które przeznaczone były do ćwiczeń anatomicznych dla uczniów. Każdym razem oznaczałem dokładnie miejsce wkłucia według Monro-Richtera i w miejscu tem prowadziłem cięcie poziome przez powłoki brzuszne aż do otrzewny i w cięciu tem wyszukiwałem tętnicę nadbrzuszną. Po oznaczeniu położenia téjże tętnicy, jakoteż zewnętrznego brzegu mięśnia prostego brzucha względem miejsca punkcyi, odpreparowywałem następnie tętnicę w całym przebiegu. Bez najmniejszego wyboru w tym porządku, w jakim do zakładu anatomicznego przybywały, badałem w ten sposób 36 zwłok. Dla łatwiejszego przeglądu, podzielimy cały materyjał na 2 grupy: do jednéj zaliczymy zwłoki o powłokach brzusznych płaskich lub nawet zapadłych, do drugiéj zaś o powłokach wysklepionych.

Przejdziemy teraz te dwie grupy, uwzględniając poszczególne przypadki.

I. Grupa: zwłoki o powłokach brzusznych, płaskich lub zapadłych.

1) Wynędzniałe zwłoki 18-letniego chłopca zmarłego na dur brzuszny. Wynik sekcyi anatomo-patologicznéj: *Oedema pulmonum acutum, degeneratio parenchymatosa cordis, hepatis ac renum, tumor lienis acutus, infiltratio agminum Peyeri, hypertrophia glandularum retroperitonealium acuta.* Brzuch nieco zapadły, obwód na wysokości pępka wynosi 59 cm., odległość pomiędzy pępkiem, a spojeniem łonowem 14 cm., pomiędzy pępkiem a *spina ant. sup. ossis ilei* 12. Po stronie lewéj przebiega *art. epigastrica* 3 cm. na zewnątrz linii białéj i przecina linię poprowadzoną od pępka do *spina ant. sup. ossis ilei* w odległości 5 cm. od pępka (to jest 1 cm. na wewnątrz od miejsca wyboru). Po prawéj stronie badanie dało ten sam wynik, tylko że tętnica leżała nieco więcéj na zewnątrz. Tętnice te po obu stronach w odległości 9 cm. ponad spojeniem łonowem oddają silne ku wewnątrz przebiegające gałązki mięśniowe. Obok tętnicy przebiegała jedna żyła.

2) Zwłoki 70-letniéj kobiety zmarłéj z powodu *gastroenteritis acuta.* Brzuch płaski, powłoki brzuszne bardzo wiotkie, rozstęp mięśni prostych brzucha (odległość obu wewnętrznych brzegów od siebie w środku pomiędzy pępkiem a spojeniem łonowem wynosiła 4 cm.). Obwód brzucha 78 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 14 cm., od *spina ant. sup.* 15 cm. Po stronie lewéj przebiega *art. epigastrica* w odległości 15 cm. od linii białéj i przecina linię poprowadzoną od pępka do *do spina ant. sup.* $1^1/_2$ cm. powyżéj miejsca przez Monroa wybranego. W odległości 6 cm. powyżéj spojenia łonowego odchodzi gałązka mięśniowa ku wewnątrz. Po stronie prawéj napotykamy w miejscu odpowiadającem wybranemu grubą gałązkę mięśniową ku zewnątrz przebiegającą, sama zaś *epigastrica* leży $^1/_2$—$^3/_4$ cm. na wewnątrz. Na 10 cm. powyżéj spojenia łonowego odchodzi ku wewnątrz gałązka mięśniowa. Po obu stronach tętnice są w wysokim stopniu przesuwalne.

3) Zwłoki 36-letniéj wyrobnicy, zmarłéj z powodu raka macicy. Brzuch płaski, powłoki brzuszne napięte, obwód wynosi 61 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 15 cm., od *spina ant. sup. ossis ilei* 16 cm. W przypadku tym obraz po obu stronach był jednaki, a mianowicie w miejscu wybranem napotkano sporą, ku zewnątrz przebiegającą gałązkę tętniczą, *epigastrica* zaś leżała 2 cm. na wewnątrz. Tętnica odchodziła po prawéj 13 cm. po lewéj stronie 11 cm. poniżéj rozwidlenia się aorty.

4) Wychudłe zwłoki 29-letniego mężczyzny, zmarłego z powodu zapalenia nerek. Brzuch wklęskły, powłoki brzuszne napięte. Obwód 66 cm., odległość pępka od spojenia łonowego $13^1/_2$ cm. od *spina ant. sup.* Po prawéj stronie leży

[1]) *Vorlesungen über die Grundsätze und Ausübung der Chirurgie,* tom II., str. 313. — [2]) *Handbuch der Chirurgie,* t. II., str. 174. — [3]) *Die operative Chirurgie,* t. II., str. 426.
[4]) Pitha et Billroth: *Handbuch der allg. u. spec. Chirurgie.*

tętnica 2 cm. na zewnątrz linii środkowéj, a 4 cm. na wewnątrz od miejsca wyboru, linię zaś poprowadzoną od pępka do *spina ant. sup* przecina tętnica $2^3/_4$ cm. poniżéj pępka. Lewa tętnica przebiegała $3^1/_2$ cm. od linii białéj, a $2^1/_2$ cm. od punktu przez Monroa wybranego i krzyżowała się z linią od pępka do *spina ant. sup.* poprowadzoną w odległości $4^1/_2$ cm. od pępka. Obie tętnice odchodzą od *art. iliaca externa* w odległości $12^1/_2$ cm. poniżéj rozwidlenia aorty.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Ostateczne wyniki po podwiązaniu tętnic tarczykowych z powodu wola.

Podał

Prof. L. Rydygier.

(Dok. Patrz Nr. 31).

Na końcu dodam krótkie historyje chorób moich przypadków [1]):

P r z y p a d e k I. Bazyli K. l. 20, zdrów. Z rodzeństwa czworo ma wole. Wól powstał przed 7 laty i rósł ciągle aż dotąd, sprawia choremu duszność i chrypkę. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa.* Dnia 11/11 1887 p o d w i ą z a n i e o b u t ę t n i c t a r c z y k o w y c h p o s t r o n i e p r a w é j, ranę zaszyto bez sączków, opatrunek antyseptyczny. 23/11. Rany zgojone, 25/11 chory wychodzi do domu. Chory przedstawił się 20/6 1888; nie ma dolegliwości, tylko lekka chrypka pozostała. Obwód szyi na dole o 3 cm. mniejszy, u góry o 1 cm większy jak przed operacyją, na prawem oku *myosis.*

P r z y p a d e k II. Piotr R. lat 19, w okolicy jego wól częsty; wól zauważył dopiero przed rokiem, a dolegliwości (trudność w oddychaniu i chrypkę) sprawia mu od 2 miesięcy. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa.* 19/11 1887 r. podwiązanie w s z y s t k i c h 4 t ę t n i c t a r c z y k o w y c h (dolne j a k z a w s z e s p o s o b e m D r o b n i k a). Rany zgoiły się przez rychłozrost, 27/11 chory opuścił klinikę. 8/7 1888 chory pracuje jako ślusarz bez dolegliwości; obwód szyi zmniejszył się o $3^1/_2$ cm. 1890 roku dowiadujemy się, że pacyjent jest zupełnie zdrów i służy w wojsku.

P r z y p a d e k III. Jan S. lat 47, pochodzi z okolicy zdrowéj, wól od lat 15, dolegliwości sprawia od 4. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa.* 27/3 1888 podwiązanie w s z y s t k i c h 4 t ę t n i c t a r c z y k o w y c h. Rany zagoiły się przez rychłozrost. Przy późniejszem badaniu znaleziono w prawym płacie torbiel, który wyłuszczono 19/4 1888. 11/7 1888. Pacyjentka ma się dobrze, obwód szyi zmniejszył się o 9 cm. Z początkiem roku 1890 dowiadujemy się, że obwód szyi już się nie zmniejszył.

P r z y p a d e k IV. Jan S. l. 11. pochodzi z okolicy zdrowéj, zauważył wól przed rokiem, obecnie sprawia mu trudności w oddychaniu. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa.* 5 maja 1888 podwiązanie w s z y s t k i c h 4 t ę t n i c t a r c z y k o w y c h. Rany zgoiły się przez rychłozrost. 12/7 1888 obwód szyi zmniejszył się o 2 cm.

P r z y p a d e k V. W. K. l. 26. Wól trwa już od wielu lat i przeszkadza mu przy pracy. Rozpoznanie: b a r d z o u n a c z y n i o n a *struma parenchymatosa.* 17/5 1888 r. podwiązanie w s z y s t k i c h 4 t ę t n i c t a r c z y k o w y c h. Rany zagoiły się przez rychłozrost. 6/6 chory opuszcza klinikę. 11/7 donosi chory, że nie ma żadnych dolegliwości, obwód szyi zmniejszył się o 5 cm.

P r z y p a d e k VI. Reg. L. l. 16, zauważyła wól przed 4 laty; od 2 lat rośnie prędzéj, a od roku sprawia jéj trudności w oddychaniu. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa.* Operacyja 19/3 1888. Po podwiązaniu obu tętnic tarczykowych po stronie lewéj i górnéj prawéj, odszukano z łatwością tętnicę tarczykową dolną prawą i założono na nią podwiązki igłą Dechampa. Po zawiązaniu górnéj podwiązki chciałem dolną trochę ściągnąć, żeby zyskać miejsce do przecięcia. W téj chwili tętnica się przerwała. Krwotok powstały zatamowałem uciskiem za pomocą palca, następnie założyłem pod ten palec 2 zasówki i krwotok ustał. Ranę wytamponowano i założono opatrunek 21/3 zdjęto opatrunek i zasówki, krwotok jednak się powtórzył i trzeba było teraz 3 zasówki założyć. Obecnie zdjęto zasówki dopiero 27/3 i krwotok już się nie powtórzył. 11/5 opuszcza chora klinikę. Podczas gdy zasówki były w ranie, skarżyła się chora na bóle i bezwładność ręki, bóle jednak po zdjęciu ustąpiły, pewna bezwładność pozostała. 13/7. Wól się znacznie zmniejszył (o 6 cm.), w ręce czuje jeszcze osłabienie, lecz mniejsze. Na prawem oku *myosis* i głębsze nieco położenie galki ocznéj. Przyczyną tych objawów było pewnie ucisnięcie gałązek nerwu współczulnego przy zakładaniu zasówek. W marcu 1890 dowiadujemy się listownie, że obwód szyi jeszcze się zmniejszył, dolegliwości chora żadnych nie ma.

P r z y p a d e k VII. Anna S. 28 lat, w jéj familii ani okolicy wola nie ma. Wól trwa od 4 lat, wywoływa chrypkę i trudności w oddychaniu, a w ostatnim czasie i przy polykaniu. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa.* 3/5 1888 podwiązano w s z y s t k i e 4 t ę t n i c e t a r c z y k o w e, rany zagoiły się przez rychłozrost. 8/7 dowiadujemy się, że się obwód szyi o 5 cm. zmniejszył.

P r z y p a d e k VIII. A. R. l. 23. Twierdzi, że od czasu gdy jéj się wól pojawił, cierpi i na bicie serca. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa.* 4/5 1888 podwiązanie w s z y s t k i c h 4 t ę t n i c t a r c z y k o w y c h. Zagojenie przez rychłozrost, 7/6 chora opuszcza klinikę. 12/10. Chora dolegliwości ma znacznie mniejsze, obwód szyi zmniejszył się o $4^1/_2$ cm.

P r z y p a d e k IX. B. S. 26 lat, jéj matka ma także wól, u choréj jest wól już od dzieciństwa, który w ostatnim czasie się powiększył i sprawia jéj trudności w oddychaniu. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa.* 5/5 1888 podwiązanie w s z y s t k i c h 4 t ę t n i c t a r c z y k o w y c h. Rany zgojone przez rychłozrost. W lipcu nie ma chora żadnych dolegliwości, obwód szyi zmniejszył się o 4 cm.

P r z y p a d e k X. M. S. lat 34, w okolicy wól się pojawia, u choréj jest już od kilku lat. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa.* 6/5 podwiązanie w s z y s t k i c h 4 t ę t n i c t a r c z y k o w y c h. Rana zgojona przez rychłozrost pomimo, iż chora przebyła podczas leczenia zapalenie płuc krupowe. 12/10 dowiadujemy się, że chora żadnych dolegliwości nie ma.

P r z y p a d e k XI. Bl. S. l. 17, w rodzinie i okolicy wól częsty. U chorego wól od 6 lat, sprawia mu teraz trudności w oddychaniu. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa.* 18/10 1888 r. podwiązanie w s z y s t k i c h 4 t ę t n i c t a r c z y k o w y c h. Rany zgoiły się przez rychłozrost. 5/11 Obwód szyi zmniejszył się o 2 cm., dolegliwości ustały.

P r z y p a d e k XII. J. S., 25 lat, w familii i okolicy wól częsty. U chorego wól od 12 lat, sprawia trudności przy oddychaniu. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa.* Obwód szyi 44 cm. 2/11 1888 podwiązanie w s z y s t k i c h 4 t ę t n i c t a r c z y k o w y c h. 13/11 pierwsza zmiana opatrunku, rana zagojona przez rychłozrost. Obwód szyi zmniejszył się o 5 cm.

P r z y p a d e k XIII. W. M. l. 18, w familii i okolicy wól częsty. U chorego jest już od 5 roku życia, powoli ciągle się powiększał, sprawia obecnie trudności przy oddychaniu, szczególnie przy pracy. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa.* Obwód szyi $43^1/_2$ cm. 26/11 1888. Podwiązanie w s z y s t k i c h 4 t ę t n i c t a r c z y k o w y c h, wszystkie rany odrazu zaszyto prócz jednéj, z któréj był znaczniejszy krwotok żylny; tę wytamponowano i dopiero po dwóch dniach po wyjęciu z niéj gazy zaszyto. Wszystkie rany zagoiły się przez rychłozrost. 16/12 obwód szyi $37^1/_2$ cm., dolegliwości zupełnie ustąpiły. W marcu 1890 dowiadujemy się, że stan chorego zupełnie dobry.

P r z y p a d e k XIV. W. P. lat 17. W familii choréj nie ma wola, w okolicy częsty. U choréj wól od 4 miesięcy, sprawia kaszel i trudności przy oddychaniu. Obwód szyi ponad *jugulum* 36, w wysokości chrząstki tarczykowéj $32^1/_2$ centmr. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa.* Operacyja 30/11 1888. Po podwiązaniu lewéj tętnicy tarczykowéj nastąpiła *asphyxia* (oddychanie było od początku ogromnie utrudnione). Ponieważ rurki tchawiczne były za krótkie, żeby przejść przez miejsce zwężone użyto na prędce zrobionéj rurki z elastycznéj sondy żołądkowéj. 5/12 podwią-

[1]) Pierwszych 12 przypadków opisałem w *Wien. med. W.* 1888, Nr. 49 i 50, drugich siedm opisał Dr. Rościszewski w *Nowinach Lek.*, ostatnie dwa przypadki już potem były operowane.

zano pozostałe 3 tętnice, chora ma się zupełnie dobrze. W dalszym przebiegu gorączkowała znacznie z powodu zapalenia płuc, które się przyłączyło. Rany górne zagoiły się przez rychłozrost, dolne się rozszerzyły i goiły *per secundam*. 22/12 usunięto rurkę z tchawicy i chora dobrze oddechała bez niéj; gorączka jednak ciągle trwała, aż chora 18/1 umarła. Sekcyja wykazała: *pneumonia crouposa et pleuritis purulenta*.

Przypadek XV. M. D. lat 18, w okolicy wól częsty. Wól od roku, sprawia trudności przy oddychaniu. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa*. Obwód szyi w środku $35\frac{1}{2}$ cm. W tym przypadku, jako też w wszystkich następnych podwiązywałem tętnice tarczykowe dolne moim sposobem. Operacyję wykonano 12/3. obwód szyi 32 ctm., dolegliwości ustąpiły. 16/4 zauważono po stronie prawéj pod *stcl-mast.* torbiel wielkości orzecha włoskiego. Nakłuto go strzykawką Pravatza i wydobyto $2\frac{1}{2}$ gr. brunatnego płynu. 15/10 1889. Torbiel się nie napełnił, obwód szyi w środku 31 cm.

Przypadek XVI. H. S. lat 18. W rodzinie i okolicy wola nie ma. Chora zauważyła guz przed $1\frac{1}{2}$ rokiem. Dolegliwości jéj nie sprawia, żąda operacyi ze względów kosmetycznych. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa*. Obwód szyi w środku $53\frac{1}{2}$ cm. 21/1 1889 podwiązano wszystkie tętnice tarczykowe moim sposobem. Rany zagoiły się przez rychłozrost pod pierwszym opatrunkiem. 20/2 89 obwód szyi w środku 47 cm. Dolegliwości ustały. 20/3 1889 obwód 44 cm., 29/4 4 cm., 28/10 89 42 cm. Następnie obwód szyi się już nie zmniejszał tak, że na żądanie choréj wykonano d. 9/12 1889 resekcyję obu płatów gruczołu.

Przypadek XVII. A. B. lat 20. W rodzinie choréj wola nie ma, w okolicy się pojawia. Zauważyła pierwszy raz wól przed 4 laty. Obecnie sprawia jéj trudności w oddychaniu. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa*. Obwód szyi $33\frac{1}{2}$ cm. 2/3 89 podwiązano wszystkie 4 tętnice tarczykowe. Rany zgoiły się przez rychłozrost pod pierwszym opatrunkiem, dolegliwości ustały. 4/4 1889 obwód szyi $32\frac{1}{2}$ cm. Po stronie prawéj torbiel wielkości orzecha włoskiego. Strzykawką Pravatza wydobyto z niego 9 grm. cieczy brunatnéj. Wymiar szyi bezpośrednio po punkcyi wynosi 32 cm.

Przypadek XVIII. M. K. lat 23. W rodzinie ani okolicy wola nie ma. U choréj wól pojawił się przed 8 laty, rósł ciągle, obecnie sprawia dolegliwości przy oddychaniu. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa*. Obwód szyi w środku 48 cm. 8/4 1889 podwiązanie wszystkich 4 tętnic tarczykowych. Rany zagoiły się pod pierwszym opatrunkiem. 18/5 89 obwód szyi 43 cm. Dolegliwości ustąpiły.

Przypadek XIX. W. B. lat 16. W rodzinie wola nie ma, w okolicy częsty. Wól zauważył przed 4 laty, sprawia mu obecnie duszność. Rozpoznanie: *struma vasculosa*. Obwód szyi 36 cm. 5/6 89 podwiązano wszystkie 4 tętnice tarczykowe. Rany zagoiły się pod pierwszym opatrunkiem przez rychłozrost. 28/6 89 obwód szyi $33\frac{1}{2}$ cm.

Przypadek XX. A. U. lat 20. W rodzinie i okolicy wola nie ma, wól od 5 lat, sprawia trudności w oddychaniu. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa*. Obwód szyi 50 cm. 18/10 89 podwiązanie wszystkich 4 tętnic tarczykowych. Rany zagoiły się przez rychłozrost pod pierwszym opatrunkiem. 10/11 89 obwód szyi 47 cm.

Przypadek XXI. M. K. lat 16. W rodzinie i okolicy wola nie ma. Wól od 4 lat, sprawia obecnie trudności w oddychaniu i chrypkę. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa*. Obwód szyi 43 cm. 28/11 1889 podwiązanie wszystkich 4 tętnic tarczykowych. Rany zagoiły się przez rychłozrost pod pierwszym opatrunkiem. 12/12 1889 obwód szyi $42\frac{1}{2}$ cm.

III. Z kazuistyki chorób moczopłciowych.

Podał

Dr. M. Misiewicz w Łodzi.

(Dok. Patrz Nr. 31).

Ponieważ gruzełki znajdujemy bardzo często na żyle nerkowéj, przypuścić więc możemy, że zrazek gruźlicy przeniósł się tutaj z krwią żylną. Gruzełek ten powoli wypełnia ścianę, wdraża do światła żyły, a oderwane cząstki jego krew roznosi po ustroju. Tym sposobem masy serowate n. p. z gruczołu krokowego dostają się do *v. cava*, za pośrednictwem żył pęcherzowych lub *v. haemorrhoid. med.*, na któréj często rozwijają się gruzełki samodzielne, z pominięciem tak nerki jak i nadnercza. Z drobnych żyłek, otaczających jądro, przez żyłę nasienną dostaje się zarazek najczęściéj do moczowodu, lub do miedniczek, gdyż wiemy, że ta ostatnia żyła dochodzi do dolnego brzegu nerki w odległości mniéj więcéj 3 do 4 ctm od rozdwojenia aorty i leży stale między łukiem moczowodu i tętnicą nasienną. Łatwo więc jest wytłumaczyć przeniesienie się produktów gruźliczych z jąder i gruczołu krokowego na *v. cava* względnie na nerki, lecz w przypadkach pierwotnéj gruźlicy tego ostatniego narządu trudniéj jest odnaleść punkt wyjścia. Cohn i Zenker opisują dwa przypadki *Pericarditis tuberculosa* bez gruźlicy płuc, trzew, gruczołów etc. Przy dokładnem poszukiwaniu znalazł się jeden zserowaciały gruczoł tchawico-oskrzelowy z prawéj strony, między *v. cava sup.* i aortą; dowiedzionem zostało, iż w tym przypadku gruźlica przeszła *per continuitatem*, z gruczołów przewodu chłonnego. W innych przypadkach (*Orth. Pat. Anat.*) znajdywano na opłucnéj w miejscu, gdzie nie była zrośnięta z płucami, małe ognisko gruzełkowe, powstałe na drodze wciągania (*Aspirations-tuberkel*, Virchow); lub wreszcie jedynym objawem bywały podległe zwapnieniu gruczoły oskrzelowe. Sądzę więc, iż i w samodzielnéj gruźlicy nerek lub jąder znaleść można również pierwotne ognisko, z którego sprawa rozszerzyła się na te narządy. Virchow demonstrował w r. 1883 preparat gruźliczego osobnika, godny uwagi z tego powodu, iż lewa nerka była podwójną i zaopatrzoną w dwa moczowody, które zlewały się ze sobą dopiero przy wejściu do pęcherza; górna nerka w stanie zupełnego przeistoczenia serowatego, a jéj moczowód zapełniony wykwitami gruźliczemi w stanie rozpadu; dolna zaś wraz z moczowodem nie podległa żadnym zmianom. Gruźlica zajęła prócz tego pęcherz moczowy, a pominęła zupełnie gruczoł krokowy, przyjądrze, pęcherzyki nasienne etc. W prawéj nerce tegoż osobnika znalazł *pyelo nephritis tuberculosa*. Przykład ten wyjaśnia nam, iż gruźlica nerki powstać może nietylko jako przerzutowa postać, wstępująca z jądra cewki lub gruczołu krokowego, lecz i na drodze zstępującéj z narządów sąsiednich, a do takich zaliczyć należy przedewszystkiem trzewa, otrzewną i gruczoły zaotrzewniowe i to prawdopodobnie na drodze żylnéj, gdyż prawie zawsze udaje się wykazać nacieki gruźlicze w żyle nerkowéj i *vena cava*, w pewnéj odległości od nerki, jako ogniska pierwotne, niezależne od gruźlicy tego narządu i raczéj z żyły na niego przeniesione, gdyż znaczny odcinek téjże żyły do nerki przylegający, pozostał nietkniętym. Jani (*Virch. Arch.*, 1886) opisał przypadek prosówkowatéj gruźlicy mózgowia i wsierdzia, u 36-letniéj kobiety z zejściem śmiertelnem wskutek *pyaemia miliaris*, a przy autopsyi znalazł nacieki gruźlicze wielkości główki szpilki, w osierdziu i na *pia mater;* prócz tego na miedniczce prawéj nerki stwierdził gruźlicę w postaci mas serowatych i pojedynczych gruzełków, nietylko w istocie rdzennéj ale i korowéj. W *v. cava ascendens* znaleziono też ropień gruźlicy, a od niego rozszerzał się przez całą długość nietylko wspomnianéj żyły, ale i żyły nerkowéj blady, cienki, podłużnowaty zakrzep, umocowany na ścianie żylnéj, podległéj przeistoczeniu serowatemu, badanie zaś drobnowidowe wykazało w nim liczne prątki gruźlicze. Tak więc jeśli dla płuc gruźlica posiada drogę z jamy ustnéj (Cohnheim) i gar-

dzieli przez gruczoły chłonne szyi i tchawico-oskrzelowe lub z choan przez krtań i takież gruczoły przechodzi na opłucną, osierdzie etc., to dla gruźlicy narządu moczopłciowego przyjąć należy dwie drogi. Pierwszą jest bezpośrednie wprowadzenie zarazka do cewki, względnie do przyjądrza, jądra lub gruczołu krokowego, a nawet do moczowodów i nerki z zajęciem po drodze pęcherza i miedniczek, lub z pominięciem tego lub owego z wyliczonych narządów, drugą zaś jest pośrednie zarażenie nerki wskutek przerzutu masy gruźliczéj albo na drodze wstępującéj t. j. z jąder, gruczołu krokowego i adnexów tylnéj cewki albo na drodze zstępującéj, jak to wykazał Virchow w przypadku podwójnéj nerki, a w obydwóch przypadkach znajdziemy większe lub mniejsze zajęcie układu żylnego tychże narządów, lub *v. cava*, a nawet bezpośrednie zajęcie tylko téj ostatniéj żyły (Weigert) na drodze przerzutowéj. Źródłem zarazy są trzewa, gruczoły zaotrzewnowe u mężczyzn, a przewody Falopa i jajniki u kobiet. Rozumie się, iż wyniki moich poszukiwań nie wykluczają innych dróg, któremi gruźlica w ustroju ludzkim uogólnić się może, n. p. naczyń chłonnych i tętniczych i jeśli wskazałem tu na sposób rozszerzania się gruźlicy, uczyniłem to jedynie w celu zachęcenia innych do poszukiwań, mogących wyjaśnić sposób uogólniania się téj groźnéj choroby w ustroju.

Rokowanie w gruźlicy jest zawsze niepomyślnem i zależy z jednéj strony od natężenia sprawy, z drugiéj zaś od odporności, ogólnego odżywienia wzgl. od stanu dróg trzewiowych. Pomyślniejszem jest w przypadkach gruźlicy, któréj produkty długo pozostają w stanie spokoju (*Stillstand* Ziemssena) otorbiają się lub też dają nadzieję zwapnienia. Prócz tego przy rokowaniu należy mieć na uwadze możliwość zmiany warunków bytu, w których choroba nabytą została. I tak, jeżeli chory może udać się do stacyi górskiéj, przeprowadzić łagodne leczenie wodolecznicza i mleczne, usunąć się od warunków moralnych, przygnębiająco działających lub też jeżeli jest w stanie odbyć podróż morską, to nieraz ku zdziwieniu naszemu powraca w stanie względnie bardzo pomyślnym. Przeciwnie u chorych biednych, spędzających większą część dnia w piwnicach, pracujących w podziemiach w kurzu i pyle, u robotników fabrycznych, pracujących przy ogniu i dymie, u pijaków, więźniów i prowadzących życie siedzące, gruzełki daleko prędzéj podlegają zserowaceniu, rozpadowi i rozprzestrzenieniu się w ustroju. Trudno jest rokować co do długości trwania gruźlicy; w niepomyślnych warunkach trwa ona rzadko dłużéj nad rok, czasami zejście śmiertelne następuje już po kilku miesiącach, w przypadkach szczęśliwszych po dwóch, najdaléj trzech latach. Przepowiednia zależy wreszcie od wczesnego rozpoznania, które nieraz przedstawia wielkie trudności; a tam, gdzie rozpoznanie jest łatwem, przebieg gruźlicy zależy od wczesnego usunięcia ognisk serowatych, a zatem od wyłuszczenia gruźliczego jądra, od grubości tkanki otaczającéj te ogniska, wzgl. utrudniającéj rozpad i rozrzucenie zarazka po ustroju. Jeśli otorbienie lub zwapnienie jest niemożliwem, sprawa zależeć będzie od prędkiégo i dokładnego wydalenia produktów gruźliczych.

Leczenie rzadko jest skutecznem. Do najważniejszych czynników zaliczyć należy górskie lub morskie powietrze, w całem znaczeniu tego wyrazu (Madeira, Malaga, Abbazzia, Nizza, Rigi, Zakopane). W drugim rzędzie stoi wodolecznictwo t. j. kąpiele siedzeniowe i połowicze (w *Prostatitis* i *Orchitis*), sonda ochładzająca Benedicta (w *Urethritis tuberc.*) obok leczenia mlekiem, kumysem i wzmożonem odżywianiem (*Mastcur*); w gruźlicy nerek dobrze też skutkują kąpiele solankowe; przy silnych bólach zmuszeni jesteśmy zastosować pewne narcotica (*Chloral*, *Codein*), przytem unikać należy soli morfinowych, które trudno się wydalają przez chore nerki. Biednym chorym, prócz możliwie dobrego żywienia zalecamy tran, w różnych postaciach, najlepiéj w emulsyi, przygotowanéj w domu (trzy łyżki *Olei jecoris benzoici*, na 12 łyżek wody, z dodaniem łyżki olejku migdałów słodkich i szczypty cukru), przy dobrym stanie przewodu trzewiowego dodać można żelazo (*Leras*), w przeciwnym zaś razie probujemy kalomel (*Calomel* 0·72, *Pepsini* 3·75), przy bólach dodajemy do powyższéj dozy 0·1 wyciągu belladonny, a przy krwotokach *Ergotini bis depurati* 0·09; wreszcie *extracti Phellandrii q. s.* na 60 pigułek; z tego chory używa pierwszego dnia 6, drugiego 5, trzeciego 4, czwartego 3 razy po 1—2 pig. kreosot, myrthol dają wynik ujemny. W postaciach gruźlicy, skombinowanych z zimnicą lub przez tę ostatnią poprzedzonych stosujemy chininę, wodę Roncegno, Levico etc.

Miejscowe leczenie gruźlicy cewki jest takie samo prawie jak leczenie chronicznéj rzeżączki [1]), tylko częściéj uciekamy się do chłodnika cewkowego (*psychrophor*) lub stolcowego i do zastrzykiwań (*Sol. Fovleri* 4·0; *olei Rusci puriss. gtts. 2 Aq. destill.* 50·0), a to za pomocą injektora Ultzmanna.

W gruźlicy jąder staramy się przedewszystkiem o spokój chorego narządu, nakładamy opaskę Fricka lub Langleberta, na którą często stosować należy okłady lodowe. Zalecone przez Billrotha zastrzykiwania preparatów arsenowych w istotę jądra stosować należy bardzo ostrożnie z powodu możliwości zropienia całego miąższu. Wreszcie, gdy te środki odbiorą nam wszelką nadzieję uratowania chorego i gdy sprawa grozi przejściem na drugie jądro lub okazuje skłonność do rozprzestrzenienia się w ustroju, wywołując groźne wahania się ciepłoty, wtedy przystąpić należy do niezwłocznego wyłuszczenia albo pojedynczych ognisk albo też najlepiéj całego jądra.

Pracę moją zakończyć mogę następującemi wnioskami:

1) Obecność, wielkość i charakter guzów cewki wogóle, a polipów w szczególe, stwierdzić możemy jedynie za pomocą wziernika.

2) Przy wysuwaniu wziernika w kierunku osi cewki, w razie obecności polipa zmienia się nagle obraz i guz wpada w *tubus*, inne zaś objawy t. j. krwawienie, ropienie etc. są niedostatecznemi do rozpoznawania.

3) Przy nastawieniu wziernika przed guzem rozpoznać można takowy tylko w razie, gdy on jest większych rozmiarów.

4) Polipy bez odnogi wydalać należy kleszczami, opatrzone szyjką nożycami, polipy zaś większych rozmiarów najlepiéj za pomocą pętli.

Co do gruźlicy:

1) Chroniczne uporczywe wycieki z cewki, w których nie uda się wykazać obecności gonokoków, często przechodzą w gruźlicę cewki, a to u osobników charłaczych, więźniów i robotników fabrycznych, przy niesprzyjających zdrowiu warunkach moralnych i fizycznych.

2) Jest podejrzenie, w niektórych przypadkach faktycznie stwierdzone, iż możliwem jest przeniesienie zarazka

[1]) Rozpoznanie i leczenie zapaleń cewki i pęcherza, M. Misiewicz, *Medycyna*, tom XI. z r. 1883.

gruźlicy z narządów płciowych kobiety na błonę śluzową tylnéj cewki u mężczyzny. Nadto szczepienie czystéj hodowli i mas gruźliczych na téjże błonie śluzowéj dały wynik dodatni.

3) Powstawanie gruźlicy cewki jest bardzo powolnem w postaci drobno-guzkowatego wysięku w głębokich jéj warstwach, pozbawionego wyraźnéj budowy tkankowatéj, wywołującego czasem ropienie i krwawienie, często silne zwężenie, a czasami i bez tych objawów.

4) Gruźlica gruczołu krokowego jest bardzo ważnym objawem w znaczeniu rozpoznawczem dla gruźlicy narządu moczopłciowego i nadaje temuż gruczołowi wejrzenie guza nierównego, kanciastego, bolesnego i zlekka chełbocącego, przyczem nacieczenie gruźlicze ma miejsce przeważnie na górnéj powierzchni zrazów jego bocznych i na płacie średnim.

5) Gruźlica pęcherzyków nasiennych należy do rzadkości.

6) Gruźlica nerki zaczyna się na wnęce i moczowodach, potem przechodzi na miedniczki i piramidy Bertiniego, wreszcie na istotę korową i sprowadza często silne bóle, wskutek zatkania moczowodów rozpadłemi produktami gruźliczemi.

7) Gruźlica nadnercza powstaje często obok nacieków i ropni stawowych z następczem przeistoczeniem takowych w masy serowate.

8) Jak dla płuc istnieje droga z jamy ustnéj i gardzieli przez gruczoły chłonne szyi i tchawico-oskrzelowe lub z choan przez krtań (Cohnheim), tak do narządów moczopłciowych zarazek gruźliczy dostać się może dwiema drogami: albo z zewnątrz przez cewkę do przyjądrza, jądra, gruczołu krokowego resp. do moczowodów i nerki, albo też ma miejsce pośrednie zarażenie nerki przerzutowe na drodze wstępującéj z niższych odcinków narządu moczopłciowego, albo na drodze zstępującéj, jak to wykazał Virchow w przypadku podwójnéj nerki. W tym ostatnim razie źródłem są trzewa, gruczoły zaotrzewnowe etc. u mężczyzny, a tuby Falopa i jajniki u kobiety. W każdym z tych przypadków znajdziemy większe lub mniejsze zajęcie gruźlicą systemu żylnego lub *v. cava*, a nawet bezpośrednie zajęcie tylko téj ostatniéj żyły (Weigert).

9) Za pierwotną postać gruźlicy jądra uważać należy gruźlicę *venae spermaticae;* za takąż postać gruźlicy gruczołu krokowego zajęcie tą sprawą *venae vesicalis mediae et inferioris* a nawet *venae pudendae communis;* wreszcie gruźlicę nerki bardzo często poprzedza takież cierpienie *venae renalis.*

10) Gruźlica zajmuje u kobiet najczęściéj narządy płciowe, w następującym porządku: 1) tuby Falopa, 2) jajniki, 3) macica, szczególniéj jéj odcinek pochwowy; ztamtąd dopiero sprawa przechodzi na narządy moczowe, a nigdy odwrotnie.

IV. Broń palna Manlicherowska a przyszła wojna.

Podał
Dr. Józef Bogdanik,
prymaryjusz szpitala pow. w Biały.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

Rana postrzałowa na s k ó r z e jest dokładnie okrągłą, o brzegach gładkich, jeżeli pocisk pada pod kątem prostym do skóry, która to postać przemienia się na okrągławą lub eliptyczną stósownie do kąta, pod którym pocisk pada. Średnica tych ran wynosiła przeważnie 5 mm. z obwódką, jakby oparzoną zazwyczaj jednomilimetrową. Największa rana kształtu eliptycznego miała 1 cm. w średnicy. Dotyczy to przypadku 17-go, gdzie strzał padł pod bardzo małym kątem, bo kula zrobiwszy kanał podskórny 4 cm. długi znowu przez skórę na zewnątrz przeszła. Rana wystrzałowa na skórze miała brzegi niegładkie tylko więcéj kształtu gwiazdkowatego lub postrzępione, okazywała również czasami obwódkę, a nawet przeczos i miała w średnicy 7 mm. do 1 cm. Habart znajdował rany postrzałowe z mniejszych odległości, o średnicy 5—9 mm., a ostatni rozmiar zawsze tylko wtedy, gdy pod skórą była kość; z większych odległości zaś rany skórne miały 8—11 mm. w średnicy. Również obwódkę czarną na około rany postrzałowéj znajdował, a czasem podobne zabarwienie koło rany wystrzałowéj, jak i ja w jednym przypadku (l. 5) znalazłem. Powstanie tych obwódek tłomaczyćby sobie można jako oparzenie albo też zgorzel powstałą wskutek ugniecenia. Habart przechyla się za ostatniem tłomaczeniem, że przy odległościach kilkudziesięciu kroków niewątpliwie obok ugniecenia i oparzenie wpływ swój wywiera, jeżeli się zważy, że pocisk przetarty przez lufę stalową na powierzchni swéj ogrzać się musi i dopiero w dalszéj odległości czas ma na ostygnienie i że przy tak ogromnéj chyżości już po upływie małéj cząstki sekundy skórę rani, z któréj wilgoć odciągając stygnie. Za tem przemawia i spostrzeżenie z przypadków 2-go i 18-go, gdzie drobne cząstki ołowiu z kuli odbitéj o jakąś twardą podstawę, kamień, mur lub okiennice żelazne utkwiły w skórze, z któréj z trudnością oddzielić się dały. Rany te były podobne do ran, jakie okazują robotnicy w odlewarniach zatrudnieni, jeżeli płynna wrząca masa metalowa na skórę pryśnie[1]). Co do ran postrzałowych skóry podnieść jeszcze muszę spostrzeżenie Dra Habarta. W przypadku samobójstwa bronią manlicherowską znalazł on w okolicy lewéj brodawki sutkowéj ranę postrzałową, o brzegach okopconych, mającą 7 mm. średnicy, rana zaś wystrzałowa poniżéj dolnego kąta łopatki prawéj miała tylko 5 mm. w średnicy, o brzegach nieco postrzępionych. Autor tłómaczy sobie mniejszą ranę wystrzałową tem, że kula przechodziła przez skórę mocno napiętą przez kość (łopatkę) pod skórą leżącą. Ja zaś wolałbym sobie wytłómaczyć większą ranę postrzałową jako u samobójcy powstałą tym sposobem, że strzał padł u lufy bardzo blisko do skóry przyłożonéj tak, że i prężność gazów swój wpływ wywarła.

W m i ę ś n i a c h, t k a n c e ł ą c z n é j, p o w i ę z i j a k o t e ż o t r z e w n é j ś c i e n n é j powstawały zawsze małe kanały względnie otwory, o średnicy 1 do 1½ cm. średnicy to jest dla małego palca drożne, o brzegach gładkich, przytem w mięśniach znaleziono przy sekcyi dość nieznaczne podbiegnięcie krwią, prawda, że w moich przypadkach nie było nadwyrężone żadne większe naczynie. Prof. Bruns w swych doświadczeniach na zwłokach ludzkich takie same osiągnął wyniki. Gładki kanał postrzałowy ledwie dochodził, a rzadko nieco przenosił objętość pocisku. Dodać tu winienem, iż broń przez Brunsa użyta bardzo jest zbliżoną do manlicherowskiéj. Jądro ołowiane ma osłonkę z miedzi i niklu. Kula jest 30 mm. długą, o średnicy 8 mm. i waży 14·2 gr. Nabój składa się z 3 gramów bezdymnego prochu, a chyżość początkowa 605 metrów.

N a j e l i t a c h i k i s z k a c h powstawały rany okrągławe dla palca drożne. Brzegi ran bywały gładkie, błona śluzowa na około rany była zmarszczona, czopka śluzu (według Socina) zatykającego zupełnie ranę nie znalazłem nigdy mimo

[1]) Już po rozpoczęciu druku téj pracy przeczytałem pracę Dra Brunsa: *Die Geschosswirkung der neuen Kleincalibergewehre.* Autor w swych doświadczeniach stwierdził, iż się pocisk rozgrzewa czasem nawet ponad 300° C., co również za mojem tłómaczeniem przemawia.

to nie znajdywałem często treści pokarmowéj w jamie otrzewnéj. Dr. Habart w przypadku rany postrzałowéj końskiego żołądka, napełnionego miazgą pokarmową (trawą) z odległości 200 kroków znalazł ranę, o średnicy 2·5 cm., po przeciwnéj stronie zaś pęknięcie ściany żołądka na przestrzeni dłoni, które się na wątrobę rozciągało, jako niewątpliwe działanie rozsadzające (eksplozyjne). Sam tego sprawdzić nie mogłem

Brzeg nerki okazywał małe okrągławe naddarcie, kula zaś przez całą nerkę przechodząca, pozostawiła tylko mały kanał mniejszy, aniżeli grubość pocisku, na około którego miąższ nerki okazywał drobne zmiażdżenie. Habart znalazł rozległe pęknięcia i rozdarcia tych narządów, jako też śledziony, co przypisuje histologicznemu ugrupowaniu istoty tych narządów. Uszkodzeń śledziony lub serca nie widziałem.

Kanał postrzałowy płuca bywał drożny dla małego palca, na około niego miąższ płuca bezpowietrzny i nieco wynaczynionéj krwi bez przedarcia.

Co się tyczy kości inne znajdowałem uszkodzenia na kościach płaskich, inne na długich, inne na kręgach, inne wreszcie na kościach czaszki. Jeżeli kula przeszyła kość płaską pod kątem mniéj więcéj prostym n. p. w kości biodrowéj (p. 6), wtedy powstał okrągławy ubytek, o średnicy 6 mm. z brzegami bardzo mało postrzępionemi, od których widać było drobne szczeliny; po drugiéj stronie téjże kości nastąpiło na około rany oddarcie małéj wąskiéj blaszki kostnéj. Podobne rany spostrzedz można było niekiedy na żebrach, tylko że tutaj dłuższe powstawały szczeliny. Podobne wyniki otrzymał Dr. Habart w swych doświadczeniach, a Prof. Bruns niekiedy u nasady, a nawet na trzonie kości długich. W przeważnéj liczbie przypadków zaś znajdywano na kościach długich rozległe złamania i zmiażdżenie kości. Odłamki wielkości ziarnka prosa aż do długości kilkunastu centimetrów były po części za pomocą okostnéj ze sobą złączone, po części zaś luźnie leżały. Do téj kategoryi złamań zaliczyćby można złamanie kości goleniowéj (p. 2). Na kręgach znalazłem w jednym przypadku (9) zupełne oderwanie prawego wyrostka bocznego z 3-go kręgu lędźwiowego. W innym przypadku zaś (l. 13) przechodził wcale gładki kanał postrzałowy przez kręgi piersiowe.

Ubranie u postrzelonych tylko w nielicznych przypadkach oglądać mogłem, w pierwszych dniach bowiem nie miałem po temu czasu, po sekcyi zaś z reguły pochowano umarłych w tych szatach, które przynieśli. O ile zaś obejrzeć zdołałem, inne otrzymałem wyniki, aniżeli Prof. Bruns. Tak na spodniach, jako też gaciach znalazłem w okolicy rany postrzałowéj okrągławy ubytek, o brzegach postrzępionych, mniéj więcéj tak duży lub nieco większy, aniżeli pociski. W miejscach zaś, gdzie kula opuszczając ciało przeszywała ubranie, powstawał ubytek o brzegach postrzępionych znacznie większy. Prof. Bruns w doświadczeniach na zwłokach zaś nie znajdywał żadnego ubytku, przeważnie tylko pęknięcia, jakby naddarcia dotyczącéj materyi.

b) Rany zadane kulą odbitą.

Inny zupełnie charakter miały rany postrzałowe zadane kulą odbitą *(ricochet)*. Rany takie, które na polu bitwy rzadko się zdarzają, w stosunkowo wielkiéj ilości tutaj zadane zostały, co się tem tłomaczy, iż strzelano na ulicy, gdzie się kule łatwo o bruk, mury, żelazne okiennice i t. d. odbijały. Kule takie z wielką gwałtownością raniły czyniąc rozleglejsze spustoszenia, rzadko jednak przechodziły na wylot, tylko utkwiły pod skórą. W jednych zwłokach znajdywałem jużto większe, jużto mniejsze kawałeczki osłonki stalowéj, u któréj zagięta u podstawy część całkowicie utrzymaną została, w innych zaś znajdywałem rozmaicie zniekształtnione kawałki jądra ołowiowego od wielkości ziarnka prosa do wielkości ziarnka fasoli. Brzegi osłonki stalowéj były zawsze bardzo ostre i pogięte, a w jednym przypadku (16) tkwił w zagiętéj osłonce stalowéj kawałeczek sukna. Odłamki takie wyrywały z części ubrania niekształtne kawałeczki, dochodzące do wielkości czworaka i zadawały na skórze niekształtne rany, zazwyczaj z ubytkiem skóry połączone. Kanał postrzałowy w częściach miękkich był znacznie większy, aniżeli od kul całych. Wielkość ran zadanych zależała od wielkości odłamków kuli, jako też od tego, czy one powstały od jądra ołowiowego, czy od osłonki stalowéj. Osłonka stalowa, ostre brzegi okazująca, większe zadawała uszkodzenia. Rany na kiszce dochodziły do 15 cm. długości (przyp. 12), przyczem rana na otrzewnéj większą była, aniżeli na błonie śluzowéj. W jednym przypadku nadto (l. 7) sprawiła osłonka stalowa ranę na jelicie 2 cm. długą, która drążyła przez otrzewnę jedynie nie naruszając warstwy mięsnéj. W miąższu wątroby powstawał ubytek ze zmiażdżeniem. Na płucach nie znalazłem wielkiéj różnicy, chyba tylko taką, iż kanał postrzałowy bywał nieco większy, miąższ na około kanału przekrwiony, prawie bezpowietrzny. Ogromne zniszczenie znalazłem na oku i mózgu (przyp. 2). Dwa stosunkowo małe kawałeczki ołowiu (jeden $1^1/_2$ cm. długi, a 4 mm. szeroki, drugi 1 cm. długi, a 8 mm. szeroki, wydarły całą gałkę oczną i zmiażdżyły miąższ mózgu, który się na zewnątrz wylewał, w dalszym zaś ciągu powstał dość gładki kanał postrzałowy w półkuli mózgowéj, tuż pod oponami mózgowemi ślepo się kończący. Tenże sam pocisk zmiażdżył zupełnie kości, dno oczodołu stanowiące. Kule odbite sprawiały wogóle na kościach ubytki niekształtne z rozległemi szczelinami i jużto większemi, jużto mniejszemi odłamkami.

Nie dziw więc, że laicy widząc takie rany tego byli zdania, iż one nie pochodzą od kul Manlicherowskich tylko, że na tłumy żydzi z okien strzelali, bo zdanie podobne objawili nawet niektórzy koledzy przy sekcyi obecni. Demonstrując kawałki pocisków w zwłokach znalezionych, obalić zdołałem podobne domniemywanie, co się przydało i przy sekcyi sądowo-lekarskiéj (przyp. 7). Wyjaśnić jeszcze winienem powstanie rany na tyłogłowiu w przypadku 13-tym, drążącéj przez części miękkie i kości bez naruszenia opon mózgowych lub miąższu mózgu. Chory ten doznał niezawodnie postrzału w piersi z przodu, poczem upadłszy w tył uderzył głową o wystający róg kamienia, prawdopodobnie próg kamienny.

Że ze znacznemi ranami postrzałowemi brzucha ranny zdoła jeszcze ujść dłuższą przestrzeń wbrew doświadczeniu wojennemu Dr. Habarta przemawia opis choroby l. 7. Chłopak 25 lat liczący, z raną brzucha na wylot, zadaną kulą odbitą zdołał ujść 800 kroków i to drogą pagórkowatą nierówną. (Dok. nast.)

V. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Eberth, E. Fraenkel i Kiderlen: **O przejściu mikroorganizmów chorobotwórczych z matki na płód.**

Eberth zbadał płód pięciomiesięczny, który pochodził z matki cierpiącéj na dur brzuszny. Płód ten badał 11 godzin po wyjściu z macicy. Narządy wewnętrzne tego płodu nie przedstawiały makroskopowo ani mikroskopowo żadnéj zmiany. Za to we krwi, w sokach śledziony i płuc znalazły się prątki durowe *(Typhusbacillen)*. Te same prątki znalazł

autor we krwi wyciśniętéj z łożyska. W hodowlach sporządzonych ze krwi soku śledziony na gelatynie, jakoteż na płytkach ziemniaków powstały kolonije, które pod względem morfologicznym i bijologicznym zupełnie odpowiadały prątkom durowym. Gaffky, któremu zostały przesłane, uznał takowe za durowe. Eberth sądzi, że mikroorganizmy patologiczne tylko wtedy przechodzą do krwi płodu, jeśli w łożysku powstają krwotoki lub przynajmniéj zaburzenia w krążeniu.

Badania Fraenkla i Kiderlena zdają się popierać to twierdzenie Ebertha. Ci badali płód pochodzący z ciężarnéj, będącéj w 5-tym miesiącu ciąży, która poroniła w trzecim tygodniu duru brzusznego i umarła 16 dni późniéj. Przy sekcyi matki znaleziono: ślady świeżo zagojonych wrzodów durowych i ropne zapalenie otrzewny, które powstało skutkiem pęknięcia ropnia jajnikowego podczas poronienia. Narządy wewnętrzne płodu nie okazywały zboczeń, ale w łożysku, były obfite wynaczynienia. Badania bardzo ścisłe narządów wewnętrznych i krwi nie wykazały ani na preparatach, ani w hodowlach prątków durowych. Za to na agarze, który szczepiono cieczą wyciśniętą ze śledziony, rozwinęły się kolonije *Staphyloccocus pyogenes albus et flavus*. Z tego wynika, że prątki durowe z matki na płód nie przeszły, ale za to przeszły koki ropne wyż wymienione, które znajdowały się w ropniu jajnika, a przejście to było możebnem skutkiem krwotoków w łożysku. Dlaczego w tym przypadku prątki durowe, mimo krwotoków w łożysku, nie przeszły do płodu, niewiadomo.

Autorowie ci wstrzykiwali pod skórę ciężarnym świnkom morskim prątki durowe i pokazało się, że w płodach stale te prątki można było wykazać. Wymienić wypada, że i w tych razach łożyska badane okazały krwotoki. Zdaje się więc, że jednym z warunków przejścia prątków durowych, jakoteż i innych mikroorganizmów na płód są krwotoki łożyska. (*Fortschr. der Med.*, VII., 1889, 5 i 17).

Choroby wewnętrzne.

Prof. Oertel: **O mięsieniu serca.**

Autor korzysta z prac Heinriciusa i Kroneckera, którzy wykazali doświadczeniami na zwierzętach, że skutkiem podwyższenia parcia powietrza w płucach takowe działają na serce, jak mięsienie i poleca to mięsienie dla celów leczniczych. Postępuje on w sposób następujący: każe choremu systematycznie głęboko wdechać, a potem powoli i w dwóch odstępach wydechać i to w drugiéj fazie wydechu głęboko. Podwyższenie parcia wydechowego może jeszcze w ten sposób być wzmożone, że dolne części klatki piersiowéj nieco się uciska podczas wydechu. W ten sposób zmiana ucisku płuc na serce nie mało się wzmaga. Autor stara się udowodnić, że korzyść z tego mięsienia, dla serca wynikająca, jest dwojaka:

1) Zwiększa się parcie ościenne w układzie tętniczym, jak o tém można się przekonać za pomocą badania sfigmograficznego tętna, a przez to krążenie krwi w ustroju jest lepsze i nie tak łatwo powstają przekrwienia żylne.

2) Polepsza się krążenie w mięśniu sercowym, a to wywiera korzystny wpływ na jego odżywienie.

Mięsienie serca jest wskazane we wszelkich przypadkach osłabienia serca, a więc wogóle przy wszystkich zaburzeniach w ogólnem krążeniu krwi. Przeciwwskazanie dla mięsienia serca stanowią: świeże zapalenie śródsierdzia lub osierdzia i zapalenie mięśnia sercowego t. z. *myocarditis*, która, jak wiadomo, najczęściéj powstaje skutkiem miażdżycy tętnic wieńcowych serca. (*Münch. m. Woch.*, 1889. 37—39).

Choroby nerwowe.

Prof. Bernhardt i Dr. Kronthal: **Przypadek nerwicy urazowéj ze zmianami anatomicznemi.**

Mężczyzna 30-letni, który po uderzeniu kopytem końskiem w okolicę żołądka od dwóch lat cierpiał na nerwicę urazową — powiesił się.

Badanie drobnowidowe rdzenia pacierzowego (mózgu nie można było badać) wykazało, że istota biała całego rdzenia była zmienioną. Znajdowały się w niéj nieregularne plamy, które ciemniéj się barwiły i były obfitsze w tkankę łączną tak zw. neurogliję, aniżeli miejsca niezmienione. W ogniskach tych naczynia wyraźnie były zgrubiałe.

Ponieważ K. w innym przypadku nerwicy urazowéj podobne znalazł zmiany, przeto sądzą B. i K., że można tym zmianom przypisać pewne znaczenie. (*Neurol. Centr. Bl.*, 4, 1890).

Nothnagel: **Przyczynek do rozpoznawania chorób wzgórków wzrokowych.**

N. orzekł jak następuje: „gdy przy jakiemś chorobowem ognisku mózgu z porażeniem połowiczem i porażeniem nerwu twarzowego, dowolne ruchy twarzy są niemożebne, a przy umysłowych emocyjach, śmiechu, płaczu i t. d., obie połowy twarzy jednakowo się poruszają, to można przyjąć, że wzgórki wzrokowe (*thalami optici*) i drogi łączące je z korą mózgową są nienaruszone“.

Dwa przypadki obserwowane przez autora stwierdzają owo zdanie, gdyż twarz nie była porażoną, a przy emocyjach psychicznych jedna połowa twarzy nie poruszała się dostatecznie. Z tego powodu rozpoznał N. że musi w tych przypadkach istnieć ognisko w wzgórku wzrokowym, a oględziny pośmiertne wykazały prawdziwość tego rozpoznania. Raz było zajęcie gruźlicze, drugi raz glijoma we wzgórku. wzrokowym. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XVI., 5 i 6, 1889).

Dr. Süsskind.

Choroby skórne i weneryczne.

Prof. Mosler (Greifswald): **Pemphigus**[1]).

Istota grupy chorób skórnych mianem *pemphigus* objętéj nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnioną. Zastanawiają się też obecnie najwięcéj nad pytaniem, czy zaliczyć ją do chorób infekcyjnych, czy też od działu tego ją odłączyć. W przypadku przytoczonym przez Moslera u 42-letniego rolnika wystąpił *pemphigus* najpierw na kończynach dolnych. Wkrótce nastąpiło samowyleczenie. Recydywa nie dała jednakowoż długo na siebie czekać, *pemphigus* dotąd *vulgaris benignus*, przeszedł w *pruriginosus* i rozszerzył się stopniowo prawie na całe ciało. Do tego przyłączyły się zwykłe objawy téj chorobie towarzyszące, jak bóle, bezsenność i ogólne wyniszczenie. Pęcherze tworzyły się często wzdłuż przebiegu niektórych nerwów, zupełnie jak przy *herpes zoster*.

Z treści pęcherzyków starał się wyhodować Dr. Löffler jakiś prątek, zabiegi były jednak zupełnie daremne. Treścią tą zaszczepiono także młodego medyka, który dobrowolnie dał się do doświadczeń użyć. Szczepienie było również bez skutku. Leczenie polegało na podawaniu znacznych dawek atropiny, bez zupełnego wpływu na przebieg choroby. Dopiero chinina w dużych ilościach spożywana wywarła skutek znakomity. U innéj choréj erupcyję pęcherzy poprzedziło palenie skóry w przebiegu *nn. cutanei extern. et medii cruris*. W przypadku tym samowyleczenie i nawroty powtarzały się regularnie co 11 do 15 dni, a wrażenie ogólne było takie, jakby się rzeczywiście miało do czynienia z nerwobólem. Znane są przypadki w literaturze, w których *pemphigus* występował równocześnie z nerwobólem, a siła bólu zgadzała się zupełnie z nasileniem zmian skórnych. Mosler stanowczo twierdzi, że *pemphigus* jest neurozą naczynioruchową, a kto się idąc za modą spodziewał, że odkryje nowy *bacillus*, ten się zawiódł. Zachowanie pewnéj miary w ostatecznych wywodach i krytyka własnych spostrzeżeń chronią od przesady i są koniecznemi wymogami badań naukowych! (*Deut. med. Woch.* 1890, Nr. 22).

Dr. Mendelsburg.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 19 marca 1890 roku.

Przewodniczący kol. Mars. Obecnych członków 32.

1. Kol. Rydygier przedstawia kawałek żebra wyjętego u choréj przedstawionéj z cystą mleczną w Towarzystwie dnia 5/2 br. Okazało się, że u téj choréj pod cystą IX żebro było gruźliczo zmienione, liczne ziarniny ciągnęły się głęboko tak, że

[1]) Odczyt wygłoszony na ostatnim Zjeździe lekarzy we Wiedniu.

żebro prawie do główki wyłuszczono. Płyn w torbieli według badania chemicznego był mlekiem.

2. Kol. Obaliński wygłasza swój odczyt o cięciu między cewką moczową a odbytnicą. Streściwszy sposoby operowania Dittla, Ziembickiego i innych, podaje, iż w ostatnich czasach używa cięcia Ottona Zuckerkandla na międzykroczu (cięcie perynealne), które daje bardzo dobry przystęp do przestrzeni między odbytnicą a cewką, a nawet do trzew miednicy małéj. U kilku chorych tą drogą leczonych usunął prelegent w zupełności nawet długotrwałe przetoki. Przetoki wielokrotne do tego zabiegu mniéj się nadają. — W dyskusyi zabierali głos kol. Bukowski i przewodniczący.

3. Po ożywionéj i wyczerpującéj dyskusyi jednomyślnie przyjęto następujące wnioski komitetu Towarzystwa: a) Tow. lek. krak. uchwala, że budowa domu własnego jest pożyteczną i potrzebną i zaczyna w tym celu zbierać fundusze. b) Wybiera stały komitet budowy, któryby rzecz tę przeprowadzał i Towarzystwu sprawozdanie składał. Do komitetu budowy obrano: koll. Jakubowskiego, Lustgartena, Rydla, Rydygiera, Wiszniewskiego, Zarewicza i Przewodniczącego.

Sekretarz: *Dr. Czesław Podgórski.*

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie dnia 20 maja 1890.

Przewodniczący Prof. Korczyński, członków obecnych 10.

1) Przewodniczący przedstawia świadectwo o dobrem stanie zdrowia obory i służby zajętéj w mleczarniach w Sledziejowicach, w Gnojniku i Grodkowicach.

2) Profesor Łazarski zdaje sprawę z fabrykacyi ocukrzonych pigułek kreozotowych, wyrabianych przez aptekarzy pp. Bełdowskiego i Kowalskiego w Krakowie. Zdaniem referenta pigułki te zawierające po 0·05 kreozotu, jakoteż cukier, proszek ślazowy, kaolin i bardzo małą ilość gliceryny obok wyciągu słodniowego są wytworem bardzo dobrym, gdyż łatwo się rozpuszczają we wodzie letniéj. Rozpuszczalność ta utrzymuje się nawet po wysuszeniu takowych w wyższéj ciepłocie, co daje gwarancyję skuteczności nawet po bardzo długiem przechowaniu. Porównane z obecnemi w handlu znajdującemi się pigułkami kreozotowemi Jaspera nie ustępują im, lecz przeciwnie rozpuszczalnością je przewyższają. Komisyja uchwala przedstawić pigułki te Towarzystwu lekarsk. krak., jako wyrób farmaceutyczny polecenia godny. (Wniosek ten zamieniło Tow. lek. krak. w uchwałę na posiedzeniu w dniu 21 maja b. r.).

3) Przewodniczący odczytuje pismo Zarządu Tow. lek., donoszące o rozwiązaniu się kom. balneologicznéj i przelaniu czynności téjże do kom. przemysłowéj.

4) Przewodniczący odczytuje sprawozdanie z r. 1890 nadesłane przez Zarząd zdrojowo-kąpielowy w Iwoniczu.

Sprawozdanie to oprócz bardzo skrzętnych spostrzeżeń meteorologicznych, które dotyczą wzrastań ciepłoty, kierunku wiatrów, wilgotności, opadów atmosferycznych i ilości ozonu, podaje stan zakładu zdrojowo-kąpielowego i ruch chorych w r. 1889. Zakład posiada wziewnię gazów, gabinet inhalacyjny, 144 wanien do kąpieli mineralnych, 6 basenów do kąpieli zimnych z tuszami, oprócz gabinetów przy kąpielach stawowych; ilość pokojów mieszkalnych wynosi 650. Kąpieli wydano 24695. Ilość leczących się wynosiła 1357, ilość przybyłych 1606 osób. Rozesłano wody zdrojowéj 42648 but., soli zdrojowéj 1294 kgm., ługu solankowego 1603 but., mułu solankowego 262 klgm.

5) Na pismo Zarządu zdrojowo-kąpielowego w Lubieniu o danie wskazówek co do rozszerzenia zakładu i wprowadzenia ulepszeń, uchwalono odpisać, że komisyja przemysłowa nie uchyli się od tego.

Sekretarz: *Prof. Dr. Gluziński.*

VII. Z międzynarodowego lekarskiego zjazdu w Berlinie.

Berlin, dnia 4-go sierpnia.

Berlin przybrał ożywioną i uroczystą postać. Na placu wystawy lekarskiéj snują się tysiące uczestników, odznaczonych godłem lekarskiem (złoconym wężem owiniętym naokoło laseczki), a wystawa sama, chociaż jeszcze nieukończona, usiłuje rozmiarami przestrzeni zajętéj i mnogością przedmiotów zaimponować zwiedzającym, rozliczne zaś firmy na wyścigi zachwalają swe przetwory i przyrządy, obdarzając zwiedzających szumnemi anonsami.

Liczba uczestników kongresu przekroczyła już liczbę 5000, obok tego 1000 przeszło pań urozmaica liczną i zajmującą rzeszę spragnioną wiedzy i rozrywek. Francyja wysłała 34 delegowanych, północna Ameryka przysłała 500 uczestników, z Rosyi i Anglii zjawiło się przeszło po 300 lekarzy. Ogłem zapowiedziano 700 odczytów, a z Polaków następujący lekarze zapowiedzieli odczyty i wzięli udział w wystawie:

Z działu Anatomii (I.): Kostanecki z Berlina ma przedstawić ludzką szczękę dolną z dodatkowym stawem po jednéj stronie i inne anomalie z działu anatomii porównawczéj.

II. Z działu fizyjologii ma prof. Adamkiewicz mówić o odżywianiu rdzenia przedłużonego i jego ośrodków, a obok tego wykład objaśni demonstracyjami.

III. Z anatomii patologicznéj ma prof. Browicz mieć wykład: o poruszaniu się czerwonych ciałek krwi podczas stanu chorobowego i o komórkach *(Mastzellen)* w mięśniu sercowym, a Dr. Juliusz Steinhaus z Warszawy będzie mówił: o następstwach trwałego zamknięcia przewodu żółciowego.

IV. Z działu chorób wewnętrznych zapowiedział prof. Adamkiewicz wykład: o potęgowaniu się ucisku śródczaszkowego i tegoż objawach.

Dr. Goldflam z Warszawy: o ciekawym rodzaju porażenia rodzinnego (*familiäre Paralyse*).

Dr. Drzewiecki z Warszawy wypowie po angielsku wykład: o leczeniu przewłocznych nieżytów oskrzelowych i suchot płucnych za pomocą gazów.

Dr. Małachowski przedstawi ulepszony przyrząd do punkcyi opłucnéj, Dr. Pawiński z Warszawy odczyta rzecz: o wahadłowym rytmie tonów sercowych i stosunku jego do rytmu podwójnego, na podstawie spostrzeżeń klinicznych.

X. Z działu chorób ocznych będą mieli wykłady Dr. Wicherkiewicz z Poznania i prof. Dogiel z Tomska (Dr. W. o odpowiedniéj autoplastyce po wyłuszczeniu nowotworów zajmujących całą grubość powieki i przyczynek do wrodzonego wywinięcia się jagodówki (*Ectropium uveae*); prof. D.: o zakończeniach nerwów w rogówce i o nerwach tęczówki 7.

XII. Z dziedziny laryngologii zapowiedział Dr. Heryng z Warszawy wykład: o dobrotliwych owrzodzeniach w połyku (*pharynx*) i będzie mówił o uleczalności suchot krtaniowych za pomocą zabiegów chirurgicznych.

Prof. Pieniążek: o badaniu tchawicy za pomocą wziernika po dokonanéj tracheotomii i o laryngofisurze, na podstawie własnych doświadczeń.

Dr. Przedborski z Łodzi: o przypadku wyleczenia suchot krtaniowych.

XIII. Z działu dermatologii i syfidologii: Dr. Watraszewski z Warszawy: o metodach wstrzykiwań podskórnych.

XV. Z hygieny zapowiedzieli odczyty:

Dr. Obtułowicz z Buczacza: o epidemijach duru plamistego w Galicyi, a Dr. Bujwid z Warszawy: a) o ochronnem szczepieniu wścieklizny za pomocą metody Pasteura, i b) o poszukiwaniach bakteryjologicznych powietrza i wody w Warszawie.

Przedstawiciele zatem nauki lekarskiéj polskiéj zgłosili wcale pokaźną liczbę prac naukowych, a i na polu wystawy lekarskiéj nie pozostali w tyle za innymi i tak idąc porządkiem alfabetycznym wymieniam według katologu:

Dr. Grossa z Krakowa, który wystawił preparaty anatomiczne, bakteryjologiczne i ulepszone przyrządy chirurgiczne.

Dr. Obtułowicza z Buczacza, który na 10 tablicach przedstawił ilustracyję zapowiedzianego wykładu o rozszerzaniu się duru osutkowego w powiatach górskich i podolskich;

znakomitego naszego anatoma profesora Dra Teichmanna, który całemu światu każe podziwiać prześliczne

preparaty anatomiczne, szczególniéj z zakresu naczyń limfatycznych; i wreszcie

Dra Wołkowicza, asystenta kliniki chirurg. w Warszawie, który przedstawił preparaty anatomiczne, odnoszące się do dziedziny chirurgii, a przechowane w rozczynie tymolu i ustawione na gipsie.

Zjazd został otwarty uroczystem posiedzeniem w pięknie przystrojonéj arenie cyrkowéj Renza, która mimo znacznéj przestrzeni przecież nie mogła pomieścić wszystkich uczestników i zaproszonych gości tak, że panował ścisk niesłychany, a ztąd i gorąco przyprawiające o mdłości. Ozdobę posiedzenia stanowiła obecność słynnego Johna Listera i Jamesa Pageta z Londynu, oprócz ministrów (Boettichera, Gosslera i Herrfurtha) i znacznéj liczby najwyższych lekarzy wojskowych niemieckich i zagranicznych, którzy w barwnych i nader bogatych mundurach urozmaicali liczną rzeszę, przepełniającą salę posiedzenia. Stary Virchow w przemowie podniosłéj zagaił posiedzenie. Zaznaczył, że nauka lekarska jest najszczerszą przedstawicielką uczucia ludzkości, a chociaż dawne godło: „*Galenus dat opes*“ z biegiem czasu straciło swój prawdziwy charakter, to jednak obecnie bogactwo polega na sumie uznania i miłości ze strony wdzięcznych chorych i szerokiéj publiczności.“

Potem przemawiali sekretarz generalny Lassar, wspominając o znakomitéj liczbie uczestników zjazdu i o Edisonie, który za pośrednictwem Dr. Baylela przedstawi pomysł niszczenia kamieni za pomocą elektro-mechanicznych sposobów. Minister Boetticher powitał zjazd w imieniu cesarza, Dr. Gossler w imieniu szefa pruskiego; burmistrz Forkenbeck imieniem miasta Berlina, a różni przedstawiciele państw europejskich i zaatlantyckich dziękowali za zaproszenie na zjazd.

Na tem skończyła się piękna uroczystość otwarcia zjazdu, którego przewodniczącym wybrano ponownie prof. Virchowa.

W klinice chirurgicznéj prof. Bergmanna był słynny Lister przedmiotem szczególniejszych owacyj. Prof. Bergmann wykładał o sposobie aseptycznego operowania i zakładania opatrunków umożliwiających zawsze *primam intentionem.* Dzisiaj sekcyje zawiązały się w liczbie 18, a jutro rozpoczyna się dalsze prace naukowe.

Wieczorem przyjmował komitet organizacyjny uczestników zjazdu w pałacu wystawowym. (C. d. n.)

Dr. Obtułowicz.

Sprawozdanie z II-go Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31).

Z kolei rozpoczyna wykład XV. kolega Sawicki: „O przepuklinach.“ W ciągu 6-letniéj asystentury miał sposobność spostrzegania 2 przypadków przepukliny przedotrzewnowéj i 1 przepukliny przestwórkowéj. 2 pierwsze przypadki dotyczyły mężczyzn zdrowych i zakończyły się pomyślnie. W jednym z nich jądro leżało w pobliżu pierścienia pachwinowego zewnętrznego, a chorobę rozpoznano przed operacyją. Podczas zabiegu w obu przypadkach znaleziono kanał pachwinowy bardzo długi, otwór brzuszny przesunięty daleko na zewnątrz i ku górze służył za miejsce uciśnięcia. Obadwa te przypadki zgadzały się przeto z teoryją Schmidta, a można je odróżnić zboczeniami w rozwoju jądra.

Natomiast zupełnie niejasny był przypadek przepukliny przestwórkowéj; dotyczył on pod względem etyjologicznym kobiety 57-letniéj, którą przywieziono do szpitala w stanie zapadu. Chora od dawna miała guz wielkości głowy nowo rodka ponad więzem Puparta, od dni 6 uwiązgnięcie. Z powodu silnego zapadu przecięto tylko ścianę brzuszną ponad guzem, worek przepuklinowy otwarto i pętlę jelita umocowano na zewnątrz. Chora zmarła w parę godzin po tem. Sekcyja wykazała obecność worka przepuklinowego pomiędzy mięśniami poprzecznemi i powięzią z jednéj, a mięśniami skośnemi z drugiéj strony. Otwór brzuszny przepuszczał swobodnie dwa palce i umiejscowieniem swojem w zupełności odpowiadał dołkowi zewnętrznemu. Na wewnętrznym brzegu otworu brzusznego leżała tętnica nadbrzuszna dolna, na wewnątrz i ku dołowi wiąz obły, ostatni niczem nie różnił się od więzu strony przeciwnéj. Chociaż teoryja Schmidta i Rumpela o powstawaniu przepuklin przedotrzewnowych i przestwórkowych, opierająca się na zboczeniach rozwojowych wyrostka pochwowego i jądra ma wiele za sobą, nie da się jednak zastosować do wszystkich przepuklin pachwinowych, a tem mniéj udowych i pępkowych. To też w tych ostatnich przypadkach jedynie racyjonalne objaśnienie może nam dać teoryja Linharta i Bära, przypuszczająca wytworzenie się tego rodzaju przepuklin z uchyłków otrzewnéj. Na możność powstawania przepukliny ostatnią drogą wskazuje niejako przypadek przed laty 5 spostrzegany w klinice przez prelegenta. Chory przybył z uwięzniętą od dni 9 prawostronną przepukliną pachwinową. Prof. Efremowski wykonał herniotomiję, znalazł w worku mosznowym kiszkę grubą i takową odprowadził. Chory umarł dnia następnego przy trwających daléj objawach uwięznięcia. Sekcyja wykazała, że od miejsca połączenia wyrostka robaczkowego z kątnicą przebiegał fałd otrzewnowy ku wewnętrznemu brzegowi *annuli interni* kanału pachwinowego. Pod fałdem leżał uchyłek otrzewnéj, skierowany ku wewnątrz, otwór jego znajdował się nieco na wewnątrz i ku tyłowi od otworu brzusznego kanału pachwinowego. W uchyłku leżała przegięta i skręcona przez opisany fałd otrzewnowy pętla kiszki grubéj. Oczywista, że operujący z worka przepuklinowego wypchnął kiszkę do uchyłku otrzewny. Przypuścić można, że podobny uchyłek łatwo może się zlać z workiem pachwinowym i wytworzyć worek przedotrzewnowy. Podobne uchyłki powstać mogą szczególnie w okolicy prawego kanału pachwinowego, gdyż tu prawidłowo istnieje już nadmiar otrzewny, jeśli się tak wolno wyrazić. (Trzy *foveae* na ścianie brzusznéj, *fossa subcoecalis* Treitza, *fossa ileocoecalis* Waldeyra).

Co się tyczy przyjętego obecnie podziału na przepuklinę przedotrzewnową, przestwórkową i powierzchowną, to takowy zdaje się niesłuszny. Takich ścisłych granic, jak sobie niedawno wyobrażano, między temi odmianami nie ma. Sam podział sztuczny wytwarza jeszcze większą gmatwaninę. Opisywano przepukliny o jednym worku, o zarośniętym lub bardzo ciasnym otworze wewnętrznym w których jednakże worek leżał pomiędzy powięzią poprzeczną i otrzewną (Krönlein, Trzebicky), z drugiéj strony podano kilka przypadków przepuklin o 2 workach, gdzie worek wewnętrzny leżał wśród ściany brzusznéj. Gdyby spostrzeżenia były ścisłe, ilość podobnych przypadków prawdopodobnie okazałaby się większą. Wobec tego zamiast *hernia properitonealis interstitialis* i *superficialis* proponuje kolega S. użycie nazwy *hernia cruro*-względni *inguino-abdominalis*, a przytem ostatnią dzieli na *uni et bissacata.* Nazwa ta zdaje się odpowiedniejszą aniżeli *hernia inguino* względnie *cruro-intraabdominalis*, gdyż obejmuje w sobie i te przypadki, w których guz leży powierzchownie (*hernia superficialis*).

Wykład XVII. Kol. Ciechomski: „Przerwanie ścięgna długiéj głowy mięśnia dwugłowego.“ Mężczyzna l. 36, dobrze zbudowany i odżywiony, wśród mocowania się doznał nagle po 2 giéj próbie bólu nie bardzo dolegliwego i osłabienia w ręce. Na drugi dzień na granicy górnéj a średniéj trzeciéj ramienia można wykazać wybroczynę wielkości 20 centów. W miejsce wrzecionowatego pagórka, tak pięknie u osób silnych występującego od mięśnia dwugłowego, mamy zagłębienie. Przy obmacaniu zamiast jędrnego mięśnia wyczuć można tkankę zwiotczałą, jakby tłuszczową. Ruchy wyprostne ramienia i zginanie przedramienia upośledzone. Widoczne więc jest pęknięcie mięśnia dwugłowego wywołane wśród mocowania. Prąd przerywany na *m. biceps* zastosowany nie dawał rezultatu. Przy zginaniu ramienia mięsień usuwał się od przegubu, przy skurczeniu ręki pod kątem prostym mięsień przybierał postać nie owalną, lecz kulistą. Przy zginaniu poziomem masa mięśnia zwieszała się w postaci kuli. Zważywszy te wszystkie w ruchach zjawiska powstające, przypuścić należało pęknięcie ścięgna mięśnia dwugłowego. Ponieważ chory nie zgadzał się na zeszycie, zostawiono go samoistnemu wyleczeniu, nie namawiając go bardzo do operacyi z obawy przed mogącemi nastąpić dolegliwościami w stawie ramieniowym. Po roku ból znikł zupełnie, ruchomość powróciła do tego stopnia, że wszystkie

ruchy fizyjologiczne są możliwe, siła mięśnia pozwala nosić ciężary, na prąd przerywany lewa główka więcéj oddziaływa niż prawa, przy fleksyi nie tworzy się już kula, mięsień jest jędrniejszy, choć nie w tym stopniu, jak mięsień ręki lewéj.

Dyskusyja. Kol. Barącz konstatuje taki sam przypadek ze swéj praktyki; kol. Szuman zapytuje prelegenta o zapatrywanie na leczenie, tenże powiada, że takowe jest żadne, a ci, którzy stosowali opatrunki, otrzymali te same wyniki, jak bez takowych. Gdy się przypuszcza, że ścięgno się gdzieś ustaliło, zaleca masowanie, natryski i prąd elektryczny. Daléj zabierają jeszcze głos kol. Szuman i prelegent.

Na tem zakończył zastępca przewodniczącego kol. Ziembicki posiedzenie popołudniowe, a o godzinie $5\frac{1}{2}$ zasiedli wszyscy uczestnicy zjazdu i asystenci klinik uniwersytetu Jagiell. przy wspólnéj uczcie w gościnnym domu prof. Rydygiera. Prócz świata lekarskiego widzieliśmy prorektora Kasparka, prof. Rostafińskiego i innych. Obiad przeciągnął się aż do godziny $7\frac{1}{2}$ wśród miłéj koleżeńskiéj pogadanki, pięknie wypowiedzianych toastów, prorektora Kasparka, prof. Rostafińskiego, kolegów Oettingera, Gluzińskiego, Köhlera, Szumana, Bossowskiego, Czaplickiego, Podgórskiego i uprzejmego gospodarza prof. Rydygiera, który wychylił kielich na cześć swych gości. O godzinie $7\frac{1}{2}$ udali się wszyscy zaproszeni przez prof. Rydygiera do teatru, gdzie przy dźwiękach lekkiéj Offenbachowskiéj muzyki, po trudach prac zjazdowych spędzili mile cały wieczór.

Dzień III. Zjazdu 17 lipca.

O godzinie 8 zgromadzono się w szpitalu św. Łazarza na oddziale prof. Dra Obalińskiego, który jako prymaryjusz tegoż oddziału, wraz z sekundaryjuszami swymi koll. Podgórskim, Chorobskim i Udzielą oprowadził po wszystkich salach, a jeżeli nikogo zachwycić nie może mała i niedogodna sala operacyjna i niezbyt świetne umieszczenie, jak na tak wielką liczbę chorych, to skłonić musi głowę przed porządkiem wzorowym, jaki panuje i przed tem, co wykonywa się wśród tak trudnych warunków. Prof. Obaliński szczegółowo zatrzymywał się przy każdym piękniejszym przypadku, których nie brak i z gotowością odpowiadał na zapytania wielce zajętych całym oddziałem gości. O godz. $9\frac{1}{2}$ zasiedli wszyscy w sali operacyjnéj kliniki chirurg. uczestnicząc trzeciemu dniu zjazdu w zupełnym komplecie.

Z kolei zabrał głos kol. L e s z c z y ń s k i. Wykład XVIII „P r z y p a d e k r e s e k c y i j e l i t a z p o w o d u w g ł o b i e n i a (*invaginatio ileocolica cum prolapsu ilei*).“ Ośm tygodni temu zgłosiła się chora, skarżąc się na biegunkę od miesiąca trwać mającą, 15 do 20 wypróżnień na dobę nie bywało dla niéj rzadkością. Przy badaniu chora wyniszczona, z otworu stolcowego wisi 20 cm. kiszki owrzodziałéj skutkiem dotykania prześcieradła. Palec można wprowadzić i wybadać obszedłszy do około całą część wypadniętą nad zwieraczem. Kanka 40 cm. wchodzi bez oporu. Gazów w brzuchu nie ma, bolesność tylko około pępka daje się wykazać. Okrężnica nadęta; przy zgięciu w podżebrzu lewem, przewężenie, do którego woda dochodzi. Przypuszczano wpochwienie wysokie i istnienie przewężenia pierścienia. Postanowiono laparotomiję, aby wyprostować wgłobienie, lub wyciąć pierścień. W maju b. r. wykonana laparotomija wykazuje, że zgięcie esowate nie posiada żadnego pierścienia. W okrężnicy całéj czuć wyraźnie sznurek napięty przy brzegu kreskowym. Pierścień był w kątnicy, którą podniósłszy można było widzieć wpochwienie jelita cieńkiego z zagięciem ślepego i wypadnięciem wpochwionéj części z odbytnicy. Zrosty otrzewnowe były bardzo znaczne i stanowiły jakby jednę masę. Postanowiono wyciąć pierścień, uniesiono kątnicę, otwarto i znaleziono sznurek błony śluzowéj napięty, który pociągnięty nie pociągał za sobą okrężnicy. Matlakowski zalecał sznurek przy pierścieniu 2 razy przewiązać i przeciąć, część wpochwioną wpuścić do okrężnicy, pierścień wyciąć, daléj postanowił przyszyć koniec wolny cieńkiego jelita do jelita wstępującego. Po operacyi przebieg był zupełnie dobry, ciepłota nie wysoka, tętno prawidłowe. Po 14 dniach chora wstała, a w d. 9-tym nastąpiło I-sze wypróżnienie i w otworze stolcowym pokazał się odcinek szary i wydobyto 37 cm. kiszki rwącéj i rozpadającéj się. Ligatury nigdzie nie znaleziono, więc chyba nastąpiło przerwanie. Późniéj w badanych stolcach niczego podobnego nie znaleziono. Chora przybrała na wadze, w 4 tygodnie opuściła szpital. Podobnych przypadków wpochwienia jest bardzo niewiele. Wycięcie nie jest dziś zbyt trudnem. Potwierdza ten przypadek, że rada Brunsa jest dobrą, aby jak najprędzéj wpochwienie operować. Sposób operacyjny jest najbardziéj zbliżony do samowyleczenia. Zabieg można było wykonać inaczéj. Po przecięciu i otwarciu kątnicy należało przeciąć sznurek, krwawiące naczynia podwiązać, zbadać czy pierścień nie zbyt wąski, potem obrąbić brzegi rany wystającą błoną śluzową, cięcie pokryć szwem; zabieg ten jest prostszy i łatwiejszy, a może w skutkach lepszy. Podają go w ostrych i przewlekłych przypadkach, gdzie zwężenie nie zależy od górnego otworu. Zrosty należy wzmocnić szwami Lamberta.

Wykład XIX. Kol. B o s s o w s k i: „D w a p r z y p a d k i i l e o - k o l o s t o m i i“ (z przedstawieniem jednéj operowanéj). Na podstawie 2 przypadków, w których z powodu zwężenia kątnicy wykonano w klinice chir. krak. ileokolostomiję, zabrał głos kol. Bossowski. Wyłożył rzecz o anastomozach jelita, czyli t. z. *enteroenterostomii*. Omówiwszy po krótce zebrane z literatury a nieliczne dotąd zabiegi operacyjne, których celem było wytworzenie połączenia między odcinkiem jelita wyżéj i niżéj zwężenia, lub w ogóle przeszkody w drożności, położonym tak, że część zwężona lub niedrożna z krążenia treści jelita została wyłączona, wyliczył prelegent wskazania zebrane przez Hackera w rozprawce „O znaczeniu anastomozy jelit w celu operacyjnego leczenia zwężeń tychże“ i opisał technikę, sposób łączenia szwem wytworzonych otworów łącznych i ostrożności, których przestrzegano w przypadkach operowanych w klinice chir. krakowskiéj. Zaznaczywszy, że znaczenie enteroenterostomii jest tylko zapobiegawcze, podobnie jak wytworzenie sztucznéj rzyci, którą jednak przewyższa tem, że nie przynosi choremu nieodłącznych z *anus preternaturalis* przykrości, a zarazem wyklucza z krążenia kałowego możliwie najkrótszą część jelita, określił dokładnie wartość, jakiéj nabiera enteroanastomoza w przypadkach zwężeń bliznowatych, gdzie ten zabieg przewyższa operacyję radykalną. Jako zabieg zapobiegawczy zamiast wytworzenia sztucznéj rzyci, wykonano też u choréj, którą prelegent przedstawił, ileokolostomiję przez stworzenie połączenia pomiędzy najniższą częścią jelita biodrowego i jelitem poprzecznem. Zwężenie rakowate kątnicy sprowadziło z jednéj strony rozległe, ścisłe zrosty z boczną i tylną ścianą brzuszną, z drugiéj zaś strony wywołało nacieki nowotworowe w gruczołach kreskowych tak, że na doszczętne wyłuszczenie nowotworu nie można było liczyć. Korzystny wpływ, jaki w powyższym przypadku daleko posuniętéj sprawy nowotworowéj z wybitnem charłactwem wywarła enteroenterostomija przez poprawienie się ogólnego odżywienia, uregulowanie bardzo częstych przedtem wolnych stolców, tłomaczy się wykluczeniem z obiegu kałowego nowotworowéj kątnicy i odgraniczeniem w ten sposób rozpadającego się nowotworu.

Drugi przypadek operowany w klinice chirurg. krak. budził niemałą ciekawość tak pod względem rozpoznawczym, jako też ze względu na trzykrotnie wykonaną laparotomiję i dłużéj trwający zbawionny wpływ sztucznéj anastomozy jelita, na stan ogólny choréj mimo, że ogniska chorobowego nie usunięto.

Wykład XX. Kol. C i e c h o m s k i: „P r z y p a d e k r e s e k c y i p o p r z e c z n i c y z p o w o d u n o w o t w o r u r a k o w e g o.“ U 29-letniéj kobiety, która skarżyła się na ból brzucha w okolicy lewego podżebrza, można było wymacać guz wielkości głowy dziecka, kształtu sześcianu, nieco ruchomy ku dołowi, ku górze zaś wcale nie. W innych narządach zmian żadnych nie było. Rozpoznanie przechylało się na stronę guza złośliwego, połączonego z okolicą silnemi zrostami. Cięcie poprowadzone poniżéj pępka przedłużono ku górze, a ujawszy dolny koniec guza, zobaczyć było można ścianę poprzecznicy. Kreskę poprzecznicy podwiązano, a z nasady mesenteryjum dość znaczny powstał krwotok. Podczas szycia kiszki powstały wybroczyny. 15-go dnia poszła chora do kąpieli, wyjęto jéj szwy, a w 4 tygodnie opuściła zakład. W rok przybyła ponownie, wyglądając bardzo dobrze, bóle

w brzuchu trwają daléj i można wymacać guz w podżebrzu lewem. Przy II. próbnéj laparotomii z powodu zrostów o wyjęciu guza nie było mowy. Po dwu tygodniach chora opuściła szpital. Do laparotomii zniewalały następujące powody. Najprzód była to kobieta młoda, kompletny brak objawów ze strony kiszek i stąd to pomyłka w rozpoznaniu. Kol. Ciechomski zwraca uwagę na to, że nawet przy laparotomijach próbnych z powodu raka chorzy po pewnym czasie po operacyi doznają pewnéj ulgi.

Wykład XXI. Kol. Ciechomski: „Cerowanie jelit.“ Podaje tu kol. Ciechomski przypadek, gdzie kobieta 60-letnia zgłosiła się do niego z przepukliną udową prawą. Uwięzgnięcie, *ileus, herniotomia.* W worku trochę płynu żółtego, kiszki i części sieci. Po nacięciu wyciągnięto sieć i kiszkę, lecz kreska oddarła się od kiszki. Założono tedy szwy łączące sieć z kiszką i kilka z nich się udało. W środku jednak kiszka pękła i treść jelit się wylała, założono więc wyżéj szew dwupiętrowy i kiszkę wpuszczono do jamy brzusznéj. Przebieg idealny, wymioty ustały, III-go dnia wiatry, ciepłota prawidłowa. Po 8 dniach sklejenie worka przepuklinowego.

Wykład XXII. Kol. Trzebicky: „O paracentezie jamy brzusznéj.“ Wykład ten umieszczony jest w całości w *Przeglądzie Lekarskim.* Dyskusyja odbywała się równocześnie nad wykładem kol. Bossowskiego i Trzebickyego. Zabierali głos w takowéj kol. Barącz, przytaczając przypadek enteroenterostomii, kol. Jasiński, kol. Wałkowicz opisując przypadki polepszenia po laparotomii próbnéj. O tejże saméj kwestyi mówią jeszcze kol. Obaliński, kol. Wehr, kol. Dębowski, powtórnie kol. Jasiński zwracając się do kol. Bossowskiego, dla czego u choréj przedstawionéj z operacyją ileokolostomii nie wycięto guza, chociażby do badania. Na to kol. Rydygier w odpowiedzi nadmienia, że mimo wzmianki o tem ze strony kol. Bossowskiego obawiał się, czy chora zniesie podobny zabieg, a na dalszy zabieg operacyjny zgodzić się nie chciała.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Do l. 18.936. **Rozporządzenie**

c. k. Namiestnictwa, wydane w porozumieniu z Wydziałem krajowym w sprawie ochronnego szczepienia ospy.

W porozumieniu z Wydziałem krajowym zmienia się tutejsze okólniki z d. 11 kwietnia 1876 r., l. 16.727 i z d. 18 marca 1887 r., l. 14.377 i inne, dotyczące ochronnego szczepienia ospy w sposób następujący:

1. Począwszy od r. 1890 odbywa się szczepienie ospy ochronnéj corocznie w każdéj miejscowości za pomocą krowianki.

2. Każdy powiat ma być podzielonym na pewną ilość okręgów szczepienia, w których będzie szczepić lekarz powiatowy i inni w powiecie zamieszkali lekarze.

3. Okręgi szczepienia ustanawia c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym po poprzedniem zasiągnięciu zdania c. k. Starostw i Wydziałów powiatowych. W razie, gdyby ustanowiony przez c. k. Namiestnictwo okręg szczepienia nie odpowiadał miejscowym stosunkom, winno c. k. Starostwo po porozumieniu się z Wydziałem powiatowym wnieść w tym względzie do c. k. Namiestnictwa należycie uzasadnione przedstawienie.

4. Lekarzy, którym poruczonem będzie szczepienie w pojedynczych okręgach, wyznaczy każdego roku c. k. Namiestnictwo za porozumieniem się z Wydziałem krajowym na wniosek c. k. Starosty, względnie lekarza powiatowego.

5. Każdy lekarz powiatowy powinien wykonywać szczepienie corocznie przynajmniéj w jednym okręgu szczepienia, lecz co roku w innym; może być jednakowoż tak c. k. lekarzowi powiatowemu, jak i prywatnym lekarzom i więcéj jak jeden okrąg do szczepienia przydzielonym.

6. Lekarze miejscy winni w miejscowości swego zamieszkania szczepić corocznie ospę ochronną bezpłatnie.

7. Przed rozpoczęciem szczepienia c. k. Starostwo zawiadomi przełożonych obszarów dworskich i zwierzchności gminne, któremu lekarzowi szczepienie w dotyczącéj gminie poruczono i poleci zwierzchnikom, aby polecenia lekarza szczepiącego ściśle wykonywali.

8. W kwietniu każdego roku dostarczy c. k. Starostwo każdemu lekarzowi szczepiącemu:

1) wykaz dzieci urodzonych w ubiegłym roku (od 1-go kwietnia jednego roku do 1-go kwietnia drugiego roku) w okręgu lekarzowi przydzielonym, sporządzony przez urzędy parafijalne i inne urzędy wyznaniowe, do prowadzenia metryk upoważnionę, nie mniéj wykaz dzieci w roku ubiegłym w tym okręgu zaszczepionych;

2) wykaz dzieci przed dziesięciu laty (n. p. w bieżącym roku za rok 1880) urodzonych a żyjących, celem rewakcynacyi.

9. W wykazach dzieci szczepić się mających należy żądać od odnośnych urzędów parafijalnych i metrykalnych, aby wymieniały wszystkie w danym czasie urodzone dzieci, a to bez względu na to, czy umarły lub żyją, a jedynie w razie śmierci, aby w odnośnéj rubryce datę śmierci zaznaczały.

Wykazy te mają być sporządzone odrębnie dla każdéj gminy.

10. Krowianki dostarczy corocznie Wydział krajowy w miarę potrzeby za pośrednictwem c. k. krajowego referenta spraw zdrowia.

11. Szczepienie winien każdy lekarz w przydzielonym mu okręgu najpóźniéj w maju rozpocząć.

12. Najdaléj na 14 dni przed rozpoczęciem szczepienia winien lekarz szczepiący przedłożyć c. k. Starostwu plan szczepienia w swoim okręgu w dwóch równobrzmiących egzemlarzach, z których jeden zostanie bezzwłocznie przez c. k. Starostwo Wydziałowi powiatowemu przesłanym, aby delegat Wydziału powiatowego w danym razie mógł być obecnym przy szczepieniu lub rewizyi dzieci.

13. Lekarz szczepiący może dokonać szczepienia w porządku, jaki uzna za odpowiedni i dogodny, winien atoli o terminie, w którym w każdéj miejscowości szczepienia dokonać zamierza, w czas zawiadomić zwierzchności gminne, przesyłając im zarazem wykazy szczepić i rewakcyjonować się mających od urzędów parafijalnych uzyskane, a to w tym celu, aby odnośne zwierzchności mogły na czas zawezwać wszystkie interesowane osoby do przedstawienia się w czasie oznaczonym do szczepienia i rewakcynacyi.

Wykazy te zwróci naczelnik gminy szczepiącemu lekarzowi przy sposobności szczepienia w gminie.

W miejscowościach, które są siedzibami probostw lub kapelanij, winien szczepiący lekarz zaprosić duszpasterzy, aby przy szczepieniu byli obecnymi.

14. Podczas szczepienia jakoteż rewizyi obecnym być winien naczelnik gminy lub jego zastępca, względnie przełożony obszaru dworskiego, a w miarę możności miejscowy duszpasterz.

15. Szczepienie odbywać się powinno albo w szkole, albo w kancelaryi gminnéj lub w braku tychże w innem miejscu stósownem.

16. Celem dokonania szczepienia udać się winien lekarz do każdéj miejscowości, wyznaczając w miejscowościach rozległych w miarę potrzeby i kilka miejsc zbornych: do przysiołków nie więcéj jak 1 kilometer odległych od gmin, do których należą, nie wolno lekarzowi dojeżdżać; dzieci tamże szczepić się mające, należy dostawiać do gmin, do których przysiółki należą.

17. Osmego dnia po zaszczepieniu winien lekarz przedsięwziąć w każdéj miejscowości rewizyję i wydać życzącym sobie tego, świadectwa odbytego szczepienia ospy, przy któréj to sposobności zaszczepi powtórnie te dzieci, u których się szczepienie nie przyjęło.

18. Przy sposobności szczepienia i rewizyi winien lekarz corocznie przeprowadzać rewakcynacyję u osób przed 10 laty szczepionych.

19. Jeżeli rodzice z dziećmi do szczepienia przeznaczonemi nie stawią się na wezwanie lekarza i okazują niechęć do szczepienia, natenczas winien szczepiący zrobić o tem do-

niesienie do Starostwa, które zarządzi na koszt winnych lub gminy dalsze szczepienie.

20. Lekarz przyjmujący czynność szczepienia, winien ją uskutecznić we wszystkich miejscowościach przydzielonego mu okręgu najdaléj do końca października, w przeciwnym bowiem razie traci prawo żądania wynagrodzenia za szczepienie częściowo tylko lub zbyt późno dokonane.

21. Lekarz powiatowy winien przy sposobności innych czynności przekonywać się osobiście o sposobie, w jaki lekarze wykonywają szczepienie i rewizyję.

22. Po ukończeniu szczepienia najpóźniéj z końcem października przedłoży lekarz wszystkie przepisane wykazy szczepienia (Nr. 1—5) c. k. Starostwu, oraz wszystkie wykazy urzędów parafijalnych, które poprzednio od c. k. Starostwa otrzymał, niemniéj i rachunek kosztów podróży, sporządzony według przepisu.

23. Rachunek ma być, pod zagrożeniem nieuwzględnienia, najpóźniéj do 15 listopada Starostwu przedłożony, które po sprawdzeniu w sposób właściwy dat w nim zawartych, przedłoży go c. k. Namiestnictwu.

24. Aczkolwiek pod względem porządku szczepienia pozostawia się lekarzowi zupełną wolność, wynagrodzenie kosztów podróży obliczać należy w sposób, jak gdyby lekarz szczepił ile możności bez przerwy i w porządku odpowiadającym wzajemnemu położeniu topograficznemu miejscowości do okręgu wcielonych.

25. Za szczepienie, rewizyję i rewakcynacyję pobierać będzie lekarz prócz kilometrowego przynależne mu dyjety.

Lekarze rządowi otrzymują należytość za jazdę i dyjety wedle przepisów rządowych.

26. Należytość dyjety jednodniowéj przyznaną będzie lekarzowi, jeżeli: a) nie podejmując żadnéj podróży, zaszczepi, zrewakcynuje lub zrewiduje 60 osób; b) podejmując podróż w odległości 1—4 kilometrów 40 osób; c) 4·1—8·0 kil. 30 osób; d) 8·1—12·0 kil. 25 osób; e) 12·1—15·0 kil. 20 osob; f) 15·1—19·0 kil. 15 osób; g) 19·1—25·0 kil. 10 osób; h) 25·1—35 kil. 5 osób; i) odbędzie podróż w odległości ponad 35·1—40·0 kilometrów.

W miarę większéj liczby szczepionych lub zrewidowanych w jednym dniu przysługa lekarzowi prawo zarachowania podług powyższéj normy należytości za 2, 3 i więcéj dni, jednak zawsze tylko w stosunku do oddalenia i ilości dzieci szczepionych i zrewidowanych.

27. Szczepiącemu lekarzowi wolno tylko dwukrotną bytność w każdéj miejscowości zarachowywać, a nadto czterokrotny powrót do miejsca zamieszkania, lecz bez względu na to, czy mu jeden lub więcéj okręgów do szczepienia przydzielono.

W razie oznaczenia kilku miejsc zbornych w jednéj miejscowości, dostarcza gmina podwody bezpłatnie.

28. Powroty lekarzy powiatowych do miejsca zamieszkania z powodu innych komisyj urzędowych nie będą uwzględniane w rachunku za szczepienie.

29. Zdający rachunek ma w rachunku:

1) zarachowywać podróże od miejscowości do miejscowości w tym porządku, w którym takowe są podane w poleceniu c. k. Starostwa;

2) w odpowiedniéj rubryce podawać dzień rzeczywiście dokonanéj czynności t. j. dzień uskutecznionego szczepienia bez względu na to, czyli te dnie następują po sobie w porządku chronologicznym;

3) zarachowywać tylko dwukrotną podróż do każdéj miejscowości szczepienia, a co najwyżéj czterokrotny powrót do miejsca zamieszkania.

30. Do rachunku zaś winien dołączyć:

1) polecenie c. k. Starostwa, w którem mają być wszystkie miejscowości do szczepienia lekarzowi przydzielone w porządku topograficznym po sobie wyliczone;

2) potwierdzenia czyli certyfikaty według dołączonego wzoru.

C. k. lekarze powiatowi nie potrzebują przedkładać certyfikatów dokonanéj czynności.

31. Partykularze, które tych wymogów nie posiadają, ma pan c. k. Starosta zwrócić zdającemu rachunek do przerobienia lub do podania powodów, dla których tymże zadość nie uczyniono.

Jeżeli zdający rachunek wzbrania się rachunek przerobić według wymagań Starostwa, a powody przez niego przytoczone nie zasługują na uwzględnienie, natenczas poruczy p. Starosta c. k. lekarzowi powiatowemu przerobienie rachunku według obowiązującéj normy, lub też potwierdzi prawdziwość podanych przez zdawcę rachunku powodów.

32. C. k. lekarz powiatowy:

1) potwierdza na rachunku, czy liczba szczepionych, rewidowanych i t. d., podana w rachunku zgadza się z liczbą wymienioną w wykazach; w wypadku przeciwnym poprawia w odpowiednich miejscach rachunku cyfry według wykazów lub zwraca zdającemu rachunek do przerobienia;

2) daléj potwierdza, czy zdający rachunek jest lekarzem miejskim w jednéj z miejscowości do szczepienia mu poruczonych;

3) potwierdza wreszcie, czy szczepiący nie zarachował więcéj powrotów do miejsc zamieszkania nad najwyższą ilość dozwoloną.

33. C. k. urzędnik techniczny lub p. Starosta sprawdza zarachowaną odległość w pojedynczych pozycyjach.

34. C. k. Starosta potwierdza na rachunku tę okoliczność, iż zdający rachunek odbywał podróże w porządku odpowiadającym wzajemnemu położeniu topograficznemu miejscowości do okręgu wcielonych i czy tenże pobrał zaliczkę względnie w jakiéj wysokości.

(Wzór rachunku załącza się).

35. Z przedłożonych wykazów, które mają być przez szczepiących lekarzy sporządzone według przepisanych wzorów, c. k. lekarz powiatowy sporządza wykaz główny szczepienia.

36. Wykazy szczepienia ze wszystkich okręgów należy wraz z głównym wykazem szczepienia ospy c. k. Namiestnictwu przedkładać, wyłączywszy z takowych dla użytku przy szczepieniu w przyszłym roku:

a) wykazy Nr. 4 pozostałych nieszczepionych;

b) wykazy urzędów parafijalnych dzieci szczepić się mających.

Brulion wykazu Nr. 3 zawierającego sumaryczne wykazy wszystkich okręgów szczepienia, powinien się znajdować w c. k. Starostwie dla użytku przy sprawozdaniach rocznych.

Główny operat szczepienia ma być najdaléj z końcem listopada c. k. Namiestnictwu przedkładany.

Przy przedłożeniu tego operatu c. k. lekarz powiatowy umieści uwagi co do źródła pochodzenia krowianki, jakości téjże, % przyjęcia się, jakoteż i inne uwagi, któreby się nasunęły ze względu na przeprowadzone w powiecie szczepienie.

IX. Wiadomosci bieżące.

* **Kraków**, dnia 7-go sierpnia. Dziesiąty międzynarodowy zjazd lekarski otwarł w Berlinie dnia 4-go b. m. prof. Virchow odpowiedniem przemówieniem, sekretarz stanu Boetticher i minister oświaty Gossler jak niemniéj burmistrz Berlina Forckenbeck witali zebranych imieniem rządów związkowych, pruskiego ministerstwa oświaty i miasta Berlina. W zjeździe bierze udział około 5000 lekarzy wśród tych 500 z Ameryki. Z lekarzy austryjackich wybrano prof. Billrotha prezesem honorowym.

W sprawie palenia zwłok uchwalił wiec międzynarodowy rezolucyję z wyrażeniem nadziei, iż rządy nieprzychylne dotąd téj reformie sanitarnéj przekonają się o szkodliwości dotychczasowego chowania zwłok. Uchwalono nadto wysłać telegram do prezydenta ministerstwa włoskiego z podziękowaniem za zajęcie przychylnego stanowiska wobec téj reformy.

* Tegoroczny Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich odbędzie się w Bremie od 15—20.

* W Bordeaux otwartą została szkoła lekarska dla marynarki wojennéj. Dyrektorem jéj mianowany Dr. Brassac.

* W Ciplicach czeskich do dnia 2 sierpnia było gości 5315. W Cieplicach trenczyńskich do 31 lipca 3110 gości. W Krynicy do dnia 28 lipca osób 3290.

* Cholera sroży się w Indyjach; sprawdzono też kilkanaście przypadków śmierci śród pielgrzymów przybyłych z Indyj do Mekli. Wreszcie w prowincyi Walencyi w Hiszpanii zwiększa się liczba przypadków choroby.

* Od dra Chłapowskiego w Kissingen otrzymaliśmy kwotę 3 złr. a. w. na rzecz wdowy i sierót po ś. p. drze Maks. Bielerze.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Monachijum.** Prof. Ziemssen wybrany został rektorem na rok przyszły. — **Würzburg.** Dr. du Mesnel de Rochemont habilitował się jako docent medycyny wewnętrznéj. — **Heidelberg.** Docent prywatny Dr. Schröder z Strasburga powołany został jako zwyczajny profesor farmakologii. — **Praga.** Dr. Eugieni Steinach habilitował się jako docent fizyjologii w Uniw. niemieckim. — **Genewa.** Dr. Kummer habilitował się jako docent chirurgii. — **Bazylea.** Habilitowali się Drowie Schwenott (laryngolog), Mellinger (okulista) i Dubler (anat. patol.).

* **Nekrologija.** Dr. Henryk Kułakowski, b. profesor akademii medyko-chirurgicznéj w Petersburgu, zmarł w Warszawie w zeszłym tygodniu. Był on jednym z towarzyszy lat młodzieńczych Adama Mickiewicza w Wilnie, o czem wieszcz wspomina w swych „Dziadach". Urodzony r. 1808, w powiecie słupskim, gub. mińskiéj, szkoły odbył w Mińsku, a w r. 1825 wstąpił do uniwersytetu wileńskiego i ukończył aż do r. 1828 wydział matematyczny. Karyjerę państwową rychło porzucił i wkrótce po otwarciu akademii medyko-chirurgicznéj wstąpił do niéj. W tym czasie oddawał się także z zamiłowaniem studyjom filologicznym pod kierownictwem sławnego Jędrzeja Śniadeckiego. W r. 1837 ukończył akademiję ze stopniem lekarza II. klasy, a w r. 1842 został doktorem medycyny i w tymże roku powołany został na profesora adjunkta do akademii medyko-chirurgicznéj w Petersburgu. Od r. 1852—1867 był profesorem zwyczajnym farmakologii w tymże uniwersytecie. Po r. 1867 był przez 13 lat naczelnym lekarzem w Tow. głównem dróg żelaznych i wzorowo zorganizował służbę zdrowia na powierzonych swéj pieczy liniach. Dopiero w roku 1886 przeniósł się na spoczynek do Mińska. Liczne jego prace drukowane były w pierwszorzędnych pismach fachowych europejskich. — W Nancy zmarł prof. Demange.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Nowinach Lek.* Nr. 8: Chłapowskiego: Przyczynek do powstawania objawów choroby Basedowa; Noenchena: Typowe skrzywienie stosu pacierzowego; Skórkowskiego: Mikrobizm wobec psychijatryi; Strojnowskiego: Kilka słów o leczeniu zapalenia opłucnej przetworami kw. salicylowego. — W *Gazecie Lek.* Nr. 31: S. Klejna: Przypadek białaczki rzekoméj z gorączką powrotną i jednoczesną marskością wątroby. Przyczynek do patologii białaczki (dok.); M. Zweigbauma: O stosowaniu elektryczności w ginekologii (dok.); Wł. Matlakowskiego: Zestawienie 25 przypadków otwarcia jamy brzusznéj w chorobach narządów rodnych kobiecych niezapalnego pochodzenia (szereg czwarty, c. d.). — W *Medycynie* Nr. 31: St. Radziszewskiego: Notatki z kazuistyki położniczéj wiejskiéj. — W *Przewodniku Gimnastycznym* Nr. 8: Mickiewicz na Wawelu. — Park dra Jordana w Krakowie. — Ćwiczenia na koniu wzdłuż bez łęków. — O gruźlicy we Lwowie, jéj przyczynach i o środkach ochronnych (dok.) — W grodzie Rewery. — Sprawy towarzystw gimnastycznych polskich. — Piśmiennictwo. — Kronika.

Redakcyja otrzymała:

Dr. B. WICHERKIEWICZ: Przyczynek do zależności chorób ocznych od zmian chorob. w przewodzie pokarmowym (odbitka z *Nowin Lek.* 1890) str. 10. — Dr. BOUCHERON: Nerfs de l'hémisphère antérieur de Voeit (odbitka z *Comptes rendues de la Societé de Biologie* Paris 1890), in 8-vo, str. 8. — Dr. KARLINSKI: Przyczynek do zachowania się prątków cholery w kale (odbitka z *Nowin. Lek.* Nr. 7, 1890 r.).

W zastępstwie Redaktora odpowiedzialnego: **Dr. I. Schaitter.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 16 Sierpnia 1890. Nr. 33.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj Prof. Dra Madurowicza.

O mięsieniu i zastosowaniu tegoż do leczenia chorób ginekologicznych, a w szczególności wysięków zapalnych w miednicy małéj [1]).

Podał
Dr. Maksymilijan Cercha,
drugi asystent téjże kliniki.

Prawie każdy lekarz, zajmujący się leczeniem chorób ginekologicznych przyznać musi, że w praktyce, poważną liczbę przypadków stanowią sprawy zapalne dotyczące, tak tkanki łącznéj okołomacicznéj, jak również otrzewny pokrywającéj macicę i jéj części dodatkowe, a zatem wiązadła, trąbki i jajniki.

Częstość tych chorób łatwo sobie wytłomaczyć można, jeżeli się uwzględni różnorodność przyczyn, pod wpływem których powstają. Najczęstszą ich przyczyną są zaburzenia połogowe, a w takim razie sprawa zapalna zaczyna się zazwyczaj w tkance łącznéj okołomacicznéj i polega na wtargnięciu jadu uorganizowanego przez nadwerężoną błonę śluzową macicy do ustroju, następnie zaś zapalenie przechodzi na otrzewnę macicy, wiązadła i t. d.

U nas zaburzenia te wśród połogu zdarzają się niestety dosyć często i to w przeważnéj liczbie przypadków nie z winy lekarza, lecz właśnie dlatego, że porody, szczególnie po wsiach, odbywają się przy pomocy tak zwanych babek, które nie mają pojęcia o rzeczy, co więcéj i położne nasze, nawet te, które ukończyły kursa już w czasie, kiedy dzięki badaniom Semelweissa poznano przyczynę zakażenia połogowego i kiedy przez wprowadzenie dokładnéj antyseptyki starano się zapobiedz zakażeniu połogowemu, te nawet położne, nie wszystkie czystości przestrzegają; nie dziw więc, że sprawy zapalne w połogu nie należą do rzadkości, tem bardziéj, że i położnice same, nie zachowując zasad dyjetetyki połogu, same nieraz sprowadzają chorobę.

Dalszą, ale już rzadszą przyczyną, mogą być sprawy zapalne, dotyczące błony śluzowéj lub miąższu macicy, które mogą udzielić się otrzewny; a tu ważną rolę odgrywa zakażenie rzeżączkowe, które szerząc się od pochwy, drogą przez macicę i trąbki dosięgnąć może otrzewny. Wylanie się krwi do jamy miednicy małéj z jakiejkolwiek przyczyny sprowadza zazwyczaj zapalenie otrzewny sąsiedniéj. Daléj urazy przypadkowe dolnéj okolicy brzucha lub wskutek zabiegów leczniczych i operacyjnych w macicy są w stanie wywołać zapalenie tkanki okołomacicznéj lub otrzewny w miednicy małéj. Nie rzadko również spotykamy się z wysiękami zapalnemi około nowotworów wychodzących z macicy lub z części dodatkowych. Że przyczyny powyżéj wyliczone są najważniejszemi w szeregu przyczyn tych chorób potwierdza statystyka Bernutza, odnosząca się do 99-ciu przypadków zapaleń otrzewny w miednicy małéj, która wykazuje, że 45 razy zdarzyło się ono w połogu, 28 razy po zakażeniu jadem rzeżączkowym, 20 razy jako powikłanie zapalenia błony śluzowéj lub miąższu macicy na innem tle, a 8 razy przyczyną był uraz. Wynikiem sprawy zapalnéj jest naturalnie złożenie wypociny, która też stanowi główny objaw rozpoznawczy.

Nie chcę Panów nużyć opisywaniem znanych zresztą szkodliwych następstw, jakie pozostawiają wyż wymienione choroby, nietylko w całym ustroju, lecz jak szkodliwie wpływają na stosunki miejscowe dotyczące macicy i jéj otoczenia, na jednę okoliczność ważną chcę tylko zwrócić uwagę t. j. na zrosty pomiędzy macicą, a sąsiednemi tkankami, które dają powód do zmiany jéj położenia, z czego znów wynika cały szereg zboczeń w ustroju kobiety. Jeżeli więc zboczeń tych nie usuwa się wcześnie, co nie rzadko ma miejsce, to osoby te rzeczywiście cierpią nieraz lata, bądź z powodu bolesnéj i nieregularnéj miesiączki, to znowu z powodu ciągłych bólów w dolnéj połowie brzucha, daléj trapią je nieprzyjemne przypadłości ze strony moczu i stolca, który bywa zaparty, a jeżeli dodamy do tego katar objawiający się upławami, często niepłodność i cały szereg wynikłych stąd objawów nerwowych, to mamy obraz wywołany zmianą w położeniu macicy. Jeżeli objawy te się zmniejszą, a sprawa cała niby ustępuje, to i tak przy obecności choćby małéj wypo-

[1]) Odczytane na posiedzeniu Tow. Ginekol. krakowskiego dnia 6 maja 1890.

ciny z jednéj strony, a skłonności do nawrotów z drugiéj strony, nie możemy być pewni, czy przy danéj sposobności choroba mimo leczenia nie wróci i my będziemy musieli zacząć od tego, na usunięcie czego, potrzeba było nieraz tygodni lub miesięcy. Nawet czas klimakteryjum osób tych nie uwalnia od przypadów chorobowych.

Jasną więc jest rzeczą, że leczenie w tych razach powinno być jak najdokładniejsze; połowicze bowiem nie prowadzi do celu. Powinniśmy więc w pierwszym rzędzie starać się o ile możności o bezwzględną czystość podczas porodu i połogu i u położnych takowéj surowo przestrzegać, w razie zaś wystąpienia sprawy, w początkach zaraz dążyć, zgodnie z zasadami nauki, do możliwie zupełnego usunięcia produktu zapalnego. Niestety nie często nam się udaje, bo napotykamy nieraz na przeszkody ze strony samych chorych, które pozbywszy się w krótkim czasie objawów niemiłych, towarzyszących sprawie ostréj, zaniedbują leczenia, a po pewnym przeciągu czasu dopiero, gdy stan się pogorszy, zgłaszają się do lekarza po radę, która teraz mniéj zazwyczaj bywa skuteczną i wtedy dopiero wobec zaniedbania sprawy, zaczyna się leczenie trwające nieraz miesiące, a nawet lata. Przyznać bowiem należy, że o ile leczenie chorób ginekologicznych drogą operacyjną szybkim postąpiło krokiem, o tyle leczenie tych zwyklejszych, że tak powiem chorób, które także i nie specyjaliście dostają się w udziale, a które nie zagrażają życiu choréj, ale bądź co bądź czynią je nieznośnem, pozostawia wiele do życzenia. Wypociny zapalne lub ich pozostałości stanowią do dziś dnia słabą stronę terapii ginekologicznéj; mimo przetworów aptecznych, mimo kąpiel w domu i w zdrojowiskach, mimo całego arsenału przetworów jodowych i bromowych, mimo miejscowego i ogólnego leczenia, choroba trwa bez nadziei rychłego wyleczenia. Nic więc dziwnego, że wobec tego każda nowa zdobycz, każdy przyczynek do terapii w tym kierunku jest bardzo pożądany, że staramy go się wypróbować, doświadczyć i że słuszną jest rzeczą oddać mu pierwszeństwo wśród innych, jeżeli doświadczenie wykazuje, że na to zasługuje.

Otóż jednym z dzielniejszych środków w przebiegu leczenia zapaleń w miednicy małéj, a w ogóle chorób przewodu rodnego kobiety, który w ostatnim lat dziesiątku wszedł w częstsze użycie, a w ostatnich latach nabrał rozgłosu jest sposób mechanicznego leczenia tak zw. m i ę s i e n i e, połączone z gimnastyką leczniczą. Rzeczywiście sposób ten wykonywany racyjonalnie i systematycznie jest dosyć dzielną bronią w rękach lekarza, w tych przypadkach właśnie, gdzie dawniéj tenże sam lekarz wyczerpawszy cały zasób znanych mu środków ograniczyć się musiał do uśmierzenia poszczególnych niemiłych objawów, nie mając nadziei usunięcia źródła choroby. Co się tyczy historyi mechanoterapii, to sposób ten znanym był w starożytności. Mamy o nim wzmianki w sławnéj księdze Indów „Susruta". U Chińczyków istnieją osobne szkoły i nauczyciele gimnastyki leczniczéj tak zw. „Tao-Sec". W Grecyi zajmował się gimnastyką leczniczą Herodicos i uczeń jego Hippokrates, który dał jéj więcéj naukową podstawę i kierunek, a zasady jego powtarzają i według nich leczą gimnastyką i mięsieniem rzymscy lekarze jak Galenus i inni. Plutarch wspomina, że Caesar kazał się masować niewolnikom, aby się wyleczyć z nerwobólu. W wiekach średnich, kiedy mało na zdrowie zważano, zdobycze Greków i Rzymian poszły w zapomnienie, a ten sposób leczenia dostał się w ręce niepowołanych. Dopiero koniec 17 go i początek 18 go stulecia wprowadza medycynę na nowe tory z czem łączą się nazwiska: Bacona, Newtona, Fullera, Tisoota i braci Weberów. Od tego czasu i mechanoterapija zaczyna zyskiwać obywatelstwo. We Francyi i Szwecyi mamy w tym czasie wybitne osobistości zajmujące się tym przedmiotem; powstają zakłady lecznicze, metoda zyskuje podstawy naukowe i staje się rzeczywiście gimnastyką leczniczą racyjonalną, idącą ręka w rękę z zasadami anatomii i fizyjologii a wreszcie staje się ona racyjonalną terapiją najróżnorodniejszych chorób tak ogólnych, jak i pojedynczych narządów. W połowie 19-go stulecia szkoła szwecka wydała uczniów, którzy metodę tę zastosowali i w innych krajach Europy i tak powstała szkoła angielska i niemiecka.

Lekarze z początku z niedowierzaniem patrzyli na postępy mechanoterapii, tem bardziéj, że z jéj powstaniem złączone były imiona nie lekarzy. Dopiero w ostatnich lat dziesiątkach, gdy skutki leczenia tym sposobem stały się widoczne, zaczęto o metodzie téj mówić i pisać; dzieła lekarskie dały jéj miejsce, czyniąc zaszczytne wzmianki, zaczęto leczyć tym sposobem choroby poszczególnych narządów, czyli innemi słowy, specyjaliści zaczęli się nimi posługiwać każdy w swéj gałęzi, a dziś mamy już dosyć obszerną literaturę o leczeniu za pomocą mięsienia i jego skutkach, a w każdym kraju lekarzy zajmujących się wyłącznie tym przedmiotem.

W położnictwie spotykamy się bardzo dawno z pewnemi zabiegami, które nie są czem innem jak mięsieniem macicy. Zabiegi te w sposób empiryczny bez głębszych podstaw naukowych wykonywane, stanowią główny sposób łagodnego przyspieszenia lub ukończenia porodu u ludów dzikich[1]). O sposobie tamowania krwotoków w III. okresie porodowym za pomocą mięsienia macicy wspomina Caesau w r. 1844. Sposób wygniatania płodu podany w r. 1851 przez Kristellera, metoda wygniatania popłodu podana przez Credego w r. 1853[2]), daléj sposób wygniatania następującéj główki podany przez Martina[3]), są to wszystko zabiegi polegające na mięsieniu macicy, przez co sprowadzamy jéj skurcz, który jest niezbędny, aby rzecz sama się udała.

Co się tyczy literatury mięsienia w ginekologii, to Francuzi Laisnee i Philipeaux mieli pierwsi leczyć pewne choroby przewodu rodnego kobiecego za pomocą mięsienia, lecz były to tylko próby, które niespostrzeżenie poszły w zapomnienie. Palma pierwszeństwa należy się niezaprzeczenie majorowi szweckiemu Thure-Brandtowi i jego też należy uważać, pomimo, że nie był lekarzem za twórcę i rozkrzewiciela metody umiejętnego leczenia chorób ginekologicznych za pomocą mięsienia w połączeniu z gimnastyką szwecką, bo chociaż może wcześniéj stosowano zabiegi te w chorobach kobiecych, to przecie on był pierwszy, który się wyłącznie temu poświęcił, dał pochop do dalszych badań i prac, rozbudził chęć do poznania prawdziwéj wartości metody, a wreszcie stał się twórcą sposobu leczenia, obniżenia, wypadnięcia i zboczeń w położeniu macicy, za pomocą tak zw. unoszenia macicy (*Uteruslüftung*). Że prace swoje i wyniki dopiero późno ogłosił, przypisać należy temu, że pierwsze jego usiłowania, do których doszedł sposobem prawie przypadkowym, wyleczywszy w 1847 żołnierza, cierpiącego na wypadnięcie prostnicy, były tylko empiryczne. Od téj chwili myślał o tem, czyby tego sposobu

[1]) *Klinische Vorträge über Geburtshilfe*, 1853, p. 598.
[2]) Engelmann: *Die Geburt bei den Urvölkern.* Deutsch u. prof. Hennig. Wien, 1884. — [3]) *Monatschrift für Geburtskunde* 1865, p. 428.

nie można zastosować do leczenia wypadnięcia macicy, a przypadki takie jak w ogóle wiele chorób kobiecych miał sposobność widzieć w zakładzie leczniczym w Norköping. Myśl tę, która go odtąd nie opuściła zamienił w czyn w r. 1861, wyleczywszy trwale i to w przeciągu dni 15-tu kobietę, cierpiącą od kilku lat na wypadnięcie macicy. Umysł Brandta bystry i spostrzegawczy, nadto wytrwałość i zasada wykonywania wszystkiego z największą dokładnością, dopomogły mu do tego, że mimo, iż nie posiadał warunków, aby mógł zajmować się ginekologiją, trudności te starał się pokonać, a zachęcony nadto przez prof. Harteliusa, zaczął pilnie badać zboczenia przewodu rodnego kobiecego, poznał stosunki anatomiczne i czynności fizyjologiczne, nareszcie nabrał odpowiednéj wprawy w rozpoznawaniu stanów chorobowych, poznał różne sposoby i drogi badania i od roku 1861 pracuje wyłącznie w zakresie terapii chorób ginekologicznych sposobem mechanicznym. Dziś według słów Schulzego, Schauty i Preuschena ma być mistrzem tak w subtelnem rozpoznawaniu jak i trwałem, a szybkiem leczeniu. Skoro Brandt poznał, że metoda jego odniosła pożądane skutki i że ją może oprzeć na podstawie naukowéj wystąpił z nią publicznie w r. 1864 w pracy pisanéj po szwecku, a w r. 1868 w pracy wydanéj w języku francuskim [1]), chciał się tym sposobem w interesie nauki podzielić wynikami z szerszym kołem lekarzy. Z początku niestety prace te nie obudziły zajęcia, a tylko ten lub ów lekarz szwecki zaledwie o nich wiedział. Za to wyniki pomyślne leczenia jego metodą nie mogły iść w zapomnienie. Chore same doznawszy błogich jéj skutków sprawiły, że oczy lekarzy zwróciły się na niego. Od tego czasu sposób Brandta zaczął nabierać rozgłosu naprzód w Szwecyi, a potem i w innych krajach Europy. (C. d. n.)

II. O możliwości skaleczenia tętnicy nadbrzusznéj dolnéj (*arteria epigastrica inf.*) przy paracentezie jamy brzusznéj.

Podał

Dr. Rudolf Trzebicky,

docent chirurgii w Uniwersytecie Jagiellońskim.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

5) Zwłoki 40-letniego mężczyzny mocno wychudłe, u którego rozpoznano gruźlicę płuc. Powłoki brzuszne wiotkie, brzuch nieco zapadły. Obwód 66 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 15 cm., od *spina ant. sup.* 13 cm. Po stronie prawéj brzeg zewnętrzny mięśnia prostego przekracza miejsce wyboru o 1 cm., tętnice zaś nadbrzuszne leżały w samem miejscu wyboru, o $4^1/_2$ ctm. od linii środkowéj odległe, rozdzielając się następnie na małe gałązki mięśniowe. Lewa tętnica leżała $1^1/_2$ cm. na wewnątrz od miejsca wyboru, a 3 cm. na zewnątrz linii białéj i przecinała liniję od pępka do *spina ant. sup.* poprowadzoną w odległości 5 cm. od pępka. Brzeg zewnętrzny mięśnia prostego sięgał aż do miejsca wyboru. Po stronie prawéj odchodziła tętnica w odległości 9 cm., po lewéj 10 cm. od miejsca rozwidlenia się aorty (mierząc w linii prostéj).

6) Zwłoki mężczyzny około lat 20 liczącego. Rozpoznanie: *Leptomeningitis convexitatum, oedema cerebri, pneumonia crouposa, combustio pedis et cruris utriusque III. grad.* Brzuch płaski, obwód 64 cm., odległość pępka od spojenia łonowego, jakoteż i od *spina ant. sup.* wynosi po 16 cm. Brzeg zewnętrzny mięśnia prostego brzucha leży po obu stronach $2^1/_2$ cm. na wewnątrz od miejsca wyboru. Prawa *art. epigastrica* przebiega w samym środku pomiędzy liniją białą a miejscem wyboru o $3^1/_2$ cm. od tychże i przecina liniję od pępka do *spina ant. sup.* poprowadzoną w odległości $5^1/_2$ cm. od pępka. Na 9 cm. powyżéj spojenia łonowego oddaje ona sporą ku zewnątrz przebiegającą gałązkę mięśniową. Lewa tętnica odległa 4 cm. od linii białéj, a 3 cm. od miejsca wyboru, przecina liniję poprowadzoną od pępka do *spina ant. sup.* w odległości 6 cm. od pępka, poczem rozdziela się zaraz na 2 części.

7) Zwłoki 55-letniego suchotnika, zmarłego z powodu ostrego zapalenia opłucny. Brzuch nieco zapadły, powłoki brzuszne napięte, obwód 62 cm., odległość pępka od spojenia łonowego i od *spina ant. sup.* wynosi po 16 cm. Zewnętrzny brzeg mięśnia prostego brzucha dochodzi po obu stronach aż do punktu Monro-Richtera, tętnica przebiega po prawéj 4 cm., po lewéj zaś stronie 3 cm. na wewnątrz od tegoż. Po obu stronach odchodziły tętnice w wysokości więzu Pouparta.

8) Zwłoki aresztanta 23 lat liczącego, zmarłego z rozpoznaniem: *dysenteria.* Brzuch płaski, powłoki brzuszne napięte, obwód 67 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 15 cm. od *spina ant. sup.* po lewéj 13 cm. po prawéj 12 cm. Zewnętrzny brzeg lewego mięśnia prostego leży w odległości $^1/_2$ cm. na zewnątrz od miejsca wyboru, tętnica przebiega zaś $3^1/_2$ cm. od linii białéj, a $2^1/_2$ od miejsca wyboru. Po stronie prawéj przechodzi brzeg zewnętrzny mięśnia prostego 1 cm. na zewnątrz od miejsca wyboru, tętnica przebiega w odległości 5 cm. od linii białéj, a 1 cm. na wewnątrz od punktu Monroa.

W samem miejscu wyboru, napotkano sporą gałązkę tętniczą ku zewnątrz biegnącą, oprócz tego zaś oddają obie tętnice w wysokości $7^1/_2$ cm. od spojenia łonowego dość grube gałązki, biegnące ku linii białéj.

9) Zwłoki chłopca 17-letniego, zmarłego z róży. Brzuch płaski, powłoki brzuszne napięte, obwód 63 cm., odległość pępka od spojenia łonowego, jakoteż i od *spina ant. sup. ossis ilei* wynosi 13 cm. Zewnętrzny brzeg prawego mięśnia prostego leży $^1/_2$—$^3/_4$ cm. na wewnątrz od miejsca wyboru, tętnica 2 cm. od tego ostatniego, a 3 cm. od linii białéj i przecina liniję poprowadzoną od pępka do *spina ant. sup.* w odległości $4^1/_2$ cm. od pępka. Po stronie lewéj sięga brzeg mięśnia prostego 1 cm. poza punkt Monroa, tętnica biegnie $^3/_4$ cm. na wewnątrz od miejsca wyboru i napotyka liniję od pępka do *spina ant. sup.* poprowadzoną w odległości $5^1/_2$ cm. od pępka. W samem miejscu wybranem napotkano sporą gałązkę mięśniową ku zewnątrz biegnącą. Obie *art. epigastricae* stosunkowo bardzo wązkie.

10) Zwłoki z *carcinoma maxillae inferioris* zmarłego, 53-letniego wyrobnika. Brzuch płaski, obwód 78 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 18 cm., od *spina ant. sup.* 14 cm. Brzeg zewnętrzny mięśnia prostego brzucha sięga po obu stronach aż do samego miejsca wyboru. Obie tętnice przebiegają w środku między miejscem wyboru, a liniją białą (w odległości 3 cm. od obu tych miejsc) i napotkały na liniję poprowadzoną od pępka do wyrostka kolczystego przedniego górnego w odległości $4^1/_2$ cm. od pępka.

11) Zwłoki 20 letniego suchotnika. Brzuch płaski, powłoki brzuszne napięte, obwód 68 cm.; odległość pępka od spojenia łonowego 18 cm., od *spina ant. sup. ossis ilei* 16 cm. Po stronie prawéj przekracza zewnętrzny brzeg mięśnia prostego brzucha na 1 cm. miejsce wyboru, od którego to miejsca o 3 cm, a od linii białéj o 4 cm. odległa tętnica przecina tylekroć wspomnianą liniję skośną w odległości 5 cm. od pępka. Lewy mięsień prosty sięga aż do miejsca wyboru, tętnica przebiega 4 cm. na wewnątrz od tegoż, 3 cm. od linii białéj, a 4 cm. od pępka. W punktach Monroa napotkano po obu stronach spore gałązki mięśniowe, prócz tego oddają obie tętnice dość znaczne gałązki ku wewnątrz biegnące. Obie tętnice biorą swój początek popod więzem Pouparta.

12) Zwłoki 16-letniéj, dziewczyny zmarłéj z ogólnéj gruźlicy. Brzuch płaski, napięty, obwód 53 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 13 cm., a od wyrostka kolczystego przedniego górnego kości biodrowéj 11 cm. Mięsień prosty sięga z obu stron na 1 cm. poza miejsce wyboru. Po stronie prawéj na 5 cm. powyżéj spojenia łonowego dzieli się *art.*

[1]) *Nouvelle méthode gymnastique pour le traitement des maladies des organes du bassin et principalement des maladies utérines.* Stockholm, 1886.

epigastrica na 2 równe ramiona, z których jedno biegnie ku linii środkowéj ciała, drugie zaś wprost ku górze, gdzie napotyka na miejsce wyboru. Po stronie lewéj tętnica się nie rozdziela i leży $1^1/_2$ cm. na wewnątrz od miejsca wyboru.

13) Zwłoki kobiety 60-letniéj, zmarłéj z rozpoznaniem: *pneumonia catarrhalis chronica*. Brzuch płaski, powłoki wiotkie, obwód 62 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 18 cm., od *spina ant. sup.* 15 cm. Z obu stron dochodzą mięśnie proste swym zewnętrznym brzegiem aż do miejsca wyboru. Lewa *art. epigastrica* leży 2 cm. od punktu Monroa, a 4 cm. od linii białéj i napotyka na linię poprowadzoną od pępka do *spina ant. sup.* w odległości $5^1/_2$ cm. od pępka. W wysokości 7 cm. nad spojeniem łonowem odchodzi dość znaczna gałązka mięśniowa ku wewnątrz. Po stronie prawéj przebiega tętnica w odległości $1^1/_2$ cm. od miejsca wyboru, a $4^1/_2$ cm. od linii białéj, nie oddając znaczniejszych gałązek. Obie tętnice odchodzą od *art. iliaca* 1 cm. powyżéj więzu Pouparta, a obok każdéj z nich biegną dwie żyły.

14) Zwłoki kobiety 50-letniéj. Rozpoznanie: *Emphysema pulmonum majoris gradus, degeneratio acuta cordis, hepatis ac renum, decubitus.* Brzuch zapadły, powłoki brzuszne wiotkie, obwód 58 cm., odległość pępka od spojenia łonowego i od *spina ant. sup.* wynosi po 14 cm. Zewnętrzny brzeg mięśnia prostego brzucha, tak po jednéj jako też i po drugiéj stronie nie dochodzi na $^1/_2$ cm. do miejsca wyboru. Obie tętnice odchodzą popod *ligamentum* Poupartbi i przebiegają w odległości 5 cm. od linii białéj, a $1^1/_2$ cm. od miejsca wyboru.

15) Zwłoki 49 letniéj kobiety, zmarłéj z *perityphlitis*. Brzuch zapadły, powłoki brzuszne wiotkie, obwód 59 cm. odległość pępka od spojenia łonowego i od *spina ant. sup.* wynosi po 14 cm. Brzeg zewnętrzny mięśnia prostego po obu stronach w odległości 1 cm. na wewnątrz od punktu Monroa. Prawa *art. epigastrica* przebiega w samym środku pomiędzy miejscem wyboru, a linią białą, od każdego z tych punktów o 3 cm. odległa, podczas gdy lewa biegnie 2 cm. na wewnątrz od miejsca wyboru. Obie tętnice odchodzą od *art. iliaca* w wysokości więzu Pouparta.

16) Zwłoki 80-letniéj kobiety, zmarłéj z powodu uwiądu starczego, okazującéj skrzywienie stosu pacierzowego ku tyłowi i na bok. Brzuch zapadły, powłoki brzuszne wiotkie, obwód 66 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 15 cm. od *spina ant. sup. ossis ilei* $13^1/_2$ cm, rozstęp mięśni prostych znaczny. Wewnętrzny brzeg lewego mięśnia prostego leży 1 cm. na wewnątrz od miejsca wyboru, zewnętrzny zaś brzeg $3^1/_2$ cm. na zewnątrz od tegoż. Lewą tętnicę napotkano w samem miejscu wyboru, gdzie dzieliła się na 2 gałęzie, z których grubsza biegła ku zewnątrz. Po stronie prawéj brzeg zewnętrzny mięśnia prostego brzucha dochodził do miejsca wyboru, tętnica leżała od tegoż $^1/_2$ cm. na wewnątrz, a od linii środkowéj w odległości $5^1/_2$ cm.

17) Zwłoki 70-letniéj żebraczki, zmarłéj z zapalenia płuc. Brzuch zapadły, powłoki brzuszne wiotkie, obwód 63 cm. odległość pępka od spojenia łonowego 19 cm., od *spina ant. sup.* 16 cm Brzeg lewego mięśnia prostego dochodzi aż do punktu Monroa. Bezpośrednio na pochewce mięśniowéj leżąca tętnica przebiega $4^1/_2$ cm. od linii białéj, a 2 cm. od miejsca wyboru i krzyżuje się z linią od pępka do *spina ant. sup.* poprowadzoną w odległości $6^1/_2$ cm. od pępka. Prawy mięsień prosty przekracza miejsce wyboru o 1 cm. na zewnątrz, tętnica prawa otoczona ze wszech stron wiązkami mięśniowemi, oddalona jest $5^1/_2$ cm. od linii białéj, a 1 cm. od miejsca wyboru, w którem to miejscu napotkano na sporą ku zewnątrz biegnącą gałązkę tętniczą. Obie tętnice odchodzą w wysokości więzu Pouparta.

18) Zwłoki 50-letniego mężczyzny. Rozpoznanie: *Bronchitis, emphysema pulmonum, enteritis catarrhalis, ascites, anasarca.* Brzuch płaski, powłoki brzuszne wiotkie, mierna puchlina. Obwód 81 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 19 cm., od *spina ant. sup* 16 cm. Po obu stronach dochodzą mięśnie proste aż do miejsca wyboru. Lewa *art. epigastrica* jest 4 cm. od linii białéj, a $1^3/_4$ cm. od punktu Monroa odległa, w którym to punkcie napotkano dość znaczną gałązkę tętniczą. Prawa zaś tętnica przebiega w odległości 4 cm. od linii białéj, a $1^1/_2$ cm. od miejsca wyboru.

19) Zwłoki mężczyzny 40-letniego z ogólnéj gruźlicy zmarłego. Brzuch zapadły, powłoki brzuszne mocno napięte, obwód 60 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 14 cm., od *spina ant. sup.* 12 cm Zewnętrzny brzeg mięśnia prostego brzucha leży po obu stronach $^1/_2$ cm. na zewnątrz od punktu Monroa, a *art. epigastrica* tak lewa, jako też i prawa bezpośrednio obok niego.

20) Zwłoki 65-letniéj wyrobnicy zmarłéj z powodu znacznego stopnia rozedmy płucnéj. Brzuch płaski, powłoki brzuszne wiotkie, surowiczo nasiekłe, miernego stopnia puchlina. Obwód 87 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 16 cm. od *spina ant. sup.* 15 cm. Rozstęp mięśni prostych brzucha dość znaczny, brzegi ich zewnętrzne leżały po obu stronach $1^1/_2$ cm. na zewnątrz od miejsca wyboru. Prawa *art. epigastrica* przechodzi przez sam punkt Monroa, lewa zaś biegnie $^1/_2$ cm. na wewnątrz od tegoż.

21) Zwłoki mężczyzny 60-letniego, nagle zmarłego z powodu miażdżycy tętnic wieńcowych. Brzuch zapadły, powłoki brzuszne wiotkie, obwód 70 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 13 cm, od *spina ant. sup.* 12 cm. Mięśnie proste sięgają po obu stronach aż do miejsca wyboru; prawa *art. epigastrica* przebiega 2 cm. od tegoż miejsca, a 3 cm. od linii środkowéj, lewa zaś tętnica leży tylko 1 cm. na wewnątrz od punktu Monroa. Po stronie prawéj, w odległości $^1/_2$ cm. od miejsca wyboru przebiega dość spora gałązka tętnicza.

22) Zwłoki 35-letniego wyrobnika, zmarłego z róży. Brzuch płaski, powłoki brzuszne napięte, obwód brzucha 72 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 20 cm., od *spina ant. sup* 15 cm. Oba mięśnie proste sięgają aż do punktu Monro-Richtera, tętnice zaś biegną w odległości 2 cm. na wewnątrz od tegoż, a 4 cm od linii białéj.

23) Zwłoki 74-letniego, z udaru mózgowego zmarłego starca. Brzuch zapadły, powłoki brzuszne napięte, obwód 63 cm., odległość pępka od spojenia łonowego jako też i od *spina anterior superior ossis ilei* wynosi po $12^1/_2$ cm. Zewnętrzny brzeg obu mięśni prostych nie dochodzi na 1 cm. do miejsca wyboru, od którego to miejsca biegną tętnice w oddaleniu 3 cm., a od linii środkowéj w $2^3/_4$ cm.

II. Grupa: Zwłoki o powłokach brzusznych wysklepionych.

Przy badaniach dokonanych na zwłokach, których brzuch był wysklepiony jużto z powodu nagromadzenia się tłuszczu w znacznéj ilości, jużteż z powodu puchliny, oznaczałem wysklepienie powłok brzusznych w ten sposób, że na zwłokach ułożonych zupełnie poziomo, oznaczałem odległość 3 punktów od podstawy stałéj. W tym celu wybrałem punkt na *crista ossis ilei* 8 cm. na zewnątrz od *spina ant. sup.* leżący, jako punkt drugi przyjąłem górny przedni wyrostek kolczysty kości biodrowéj, a jako punkt trzeci szczyt, wysklepionych powłok brzucha.

24) Zwłoki 70-letniéj kobiety, zmarłéj z wysokiego stopnia rozedmy płucnéj. Brzuch mocno rozdęty przez treść płynną i gazy w jelitach, obwód 80 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 19 cm. od prawéj *spina ant. sup.* 20 cm. od lewéj zaś 19 cm. Prawa tętnica przecina linię poprowadzoną od pępka do *spina ant. sup.*, w odległości $9^1/_2$ cm., lewa zaś $7^1/_2$ od pępka. Po wypuszczeniu 3·28 litra cieczy z jamy brzusznéj zbliżyły się obie tętnice do linii białéj o 2 względnie o 3 cm.

25) Zwłoki 55-letniéj kobiety. Rozpoznanie: *Atrophia senilis cerebri, degeneratio fusca musculi cordis, oedema pulmonum, parotitis suppurativa, atrophia renum, anasarca.* Brzuch miernie wzdęty, powłoki brzuszne wiotkie, surowiczo obrzękłe, wysklepienie brzucha 19—23—$36^1/_2$ cm., obwód $76^1/_2$ cm., odległość pępka od spojenia łonowego $17^1/_2$ cm., od *spina ant. sup.* 16 cm. Prawa 2 cm. na wewnątrz od miejsca wyboru przebiegająca tętnica, przecina tylekroć już wspomnianą linię skośną w odległości $5^3/_4$ cm. od pępka. Lewa tętnica leży 1 cm. na wewnątrz od miejsca wyboru i krzyżuje się z ową linią skośną w odległości 7 cm. od pępka. Po obu stronach odchodzą dość znaczne gałązki mięśniowe, ku linii środkowéj biegnące, same zaś tętnice z wielką łatwością dawały się przesuwać.

26) Zwłoki 28-letniego więźnia, suchotnika. Puchlina

miernego stopnia, wysklepienie 9—15—19 cm., obwód 74 cm. odległość pępka od spojenia łonowego 16 cm., od *spina ant. sup. ossis ilei* 14 cm. Brzeg zewnętrzny obu mięśni prostych przekracza na 2 cm. miejsce wyboru. Tętnica lewa leży w miejscu wyboru bezpośrednio na pochewce mięśnia prostego, a oprócz tego tamże ponad nią znajduje się spora gałązka téjże tętnicy, otoczona wiązkami mięśniowemi, odchodząca od pnia głównego $1\frac{1}{2}$ cm. poniżéj. Prawa tętnica dzieli się w punkcie Monroa na 2 gałązki, z których grubsza biegnie ku górze zewnątrz.

27) Zwłoki 33-letniego rzemieślnika. Rozpoznanie: *Pleuropneumonia crouposa dextra, nephritis parenchymatosa acuta, subsequente meningitide et endocarditide.* Brzuch w miernym stopniu wzdęty, obwód 75 cm., odległość pomiędzy pępkiem a spojeniem łonowem 18 cm., między pępkiem a *spina ant. sup.* 16 cm., wysklepienie powłok 13—17—20 cm. Zewnętrzny brzeg lewego mięśnia prostego leży 1 cm. na zewnątrz od miejsca wyboru, tętnica zaś biegnie $\frac{1}{2}$ cm. na wewnątrz od tego ostatniego. W samem miejscu wybranem napotkano na sporą gałązkę tętniczą, oprócz tego zaś odchodzi od *art. epigastrica* 8 cm. powyżéj spojenia łonowego dość znaczna gałązka tętnicza, ku wewnątrz biegnąca. Prawy mięsień prosty przechodzi punkt Monroa $1\frac{1}{2}$ na zewnątrz, od którego to punktu o 1 cm. na wewnątrz biegnąca tętnica, oddaje również gałązkę, ku linii środkowéj biegnącą. Po obu stronach znajdowały się po 2 żyły towarzyszące tętnicom.

28) Zwłoki 20 letniego wyrobnika, zmarłego z powodu zwyrodnienia skrobiowatego nerek. Brzuch nieco wysklepiony, powłoki brzuszne napięte, obwód 73 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 15 cm., od *spina ant. sup.* $14\frac{1}{2}$, wysklepienie powłok brzusznych 10—14—22 cm. Oba mięśnie proste przekraczają nieco miejsce wyboru. Prawa tętnica odległą jest od punktu Monro Richtera o $3\frac{1}{2}$ cm. od linii środkowéj o $2\frac{1}{2}$ cm., a mierząc na owéj skośnéj linii o $3\frac{1}{2}$ cm. od pępka. Po stronie zaś lewéj odległości te wynoszą $1\frac{1}{2}$—$4\frac{1}{2}$ i $6\frac{1}{2}$ cm. Po nad miejscem wyboru przebiega gruba gałązka na zewnątrz, prócz tego obie tętnice, z których każdéj towarzyszą 2 żyły, oddają 7 cm. powyżéj spojenia łonowego spore ku linii środkowéj biegnące gałązki. (Dok. nast.)

III. Broń palna Manlicherowska a przyszła wojna.

Podał

Dr. Józef Bogdanik,

prymaryjusz szpitala pow. w Biały.

(Dok. Patrz Nr. 32).

O pomocy rannym udzielić się mającéj.

Oglądając małe rany postrzałowe o brzegach gładkich, i wystrzałowe (wylot ran postrzałowych) o brzegach tylko nieco postrzępionych, należałoby *a priori* sądzić, iż uszkodzenia wewnętrzne w porównaniu z pociskami dawnych systematów będą nieznaczne i mniéj niebezpieczne. Tymczasem rzecz się tak nie ma. Kula Manlicherowska przeszywa wszystkie narządy z tak gwałtowną siłą, że jeżeli gdzie, to przy ranach postrzałowych brzucha trafnie zastosować można zdanie Dra Wehra, wypowiedziane na pierwszym zjeździe chirurgów polskich w Krakowie „zajmijmy się rannym, a nie raną“.

Zanim jednakże chirurg rękę swą na rannym położy, odbyć tenże musi drogę z pobojowiska do miejsca pierwszéj pomocy (*Hilfsplatz*) wśród gęstego gradu zabójczych kul. Droga ta wobec dalekonośności pocisków będzie długą, boć samo przez się narzuca się pytanie, czy większe oddalenie miejsca pierwszéj pomocy, a nawet miejsca opatrunkowego (*Verbandplatz*) od linii bojowéj t. j. 800 względnie 2000 kroków dotąd ustanowione w armii austryjackiéj, a nawet zlanie obu tych miejsc w jedno wspólne więcéj oddalone nie będzie wskazanem. Że zaś w przyszłéj wojnie liczba rannych w jednéj bitwie dosięgnie dotąd zapewne niesłychanego procentu, wątpić trudno. Prosty stąd jednak wniosek, iż służba sanitarna znacznie musi być liczniejszą i dobrze wyćwiczoną, w przeciwnym razie nastąpią stosunki, w jakich sam się znajdowałem w pamiętnym dla Biały wieczorze z dnia 23-go kwietnia r. b. Niepowołani zbierali poległych i rannych i odstawiali ich na rozmaitych, do przewozu rannych nie odpowiednich wehikułach do szpitala. Nietylko lekarza wojskowego, ale nawet t. z. *blessirtentraegerów* nie było. Oby ten brak służby sanitarnéj przy tutaj z ostremi nabojami nadesłanych oddziałach wojska nie był złym prognostykiem dla naszych rannych w przyszłéj wojnie. Służba sanitarna, szczególnie liczba zbierających rannych na pobojowisku (*Blessirtentraeger*) musi być znacznie większą i lepiéj wyćwiczoną, a zadaniem ich będzie, aby wśród boju siebie i rannych ile możności chronili od świeżych pocisków i szybko dostawiali na miejsce opatrunkowe, które musi być znacznie oddalone od linii bojowéj. Dr. Habart wnosi, aby tam, gdzie na to zezwalają stosunki wykopać promienisto rowy około $1\frac{1}{2}$ metra głębokie, w którychby rannych pomieścić było można. Przestrzeni pomiędzy dwoma rowami się znajdującéj, użyćby w takim razie lekarze mogli jako stołu operacyjnego lub opatrunkowego.

Zakładanie opatrunków nie może być zadaniem służby na pobojowisku zajętéj z wyjątkiem przypadków, gdzie się okaże potrzeba ustalenia złamanéj odnogi lub krwotok bezpośrednio zagraża utratą życia, a i wtedy wolałbym, aby o ile możności tamowano krwotok założeniem opaski uciskającéj dośrodkowo znacznie powyżéj miejsca broczącego, dotykanie się zaś rany powierzyć należy samym tylko lekarzom. Wolę leczyć ranę, która kilka godzin narażoną była na działanie powietrza i słońca, aniżeli taką, na którą przyłożono wcale nieczystą ręką opatrunek, który żołnierz każdy w kieszeni nosi. Pięć ran postrzałowych (przyp. 14, 15 i 17) między niemi rana postrzałowa stawu barkowego z przebiciem łopatki, z któremi ranni dopiero nazajutrz po uszkodzeniu do szpitala przybyli, wygoiło się bez zaburzenia ogólnego. Stan chorych był zupełnie bezgorączkowy, kanały postrzałowe ropy wcale nie wydzielały, a rany skórne wygoiły się *per secundam*, tylko nieznacznie ropiejąc. Inaczéj rzecz się miała w przypadku 16-tym, gdzie rana zadaną została odłamkami osłonki stalowéj i kawałeczek sukna ze spodni oddarty utkwił w kanale postrzałowym. W tym przypadku okazała się potrzeba wydobycia pocisków i przepłukiwania kanału postrzałowego, z którego się znaczna ilość ropy wydzielała. Z wyjątkiem takich nielicznych przynajmniéj na polu bitwy przypadków uważać należy grzebanie w ranach czy to palcami, czy zgłębnikiem za uchybienie. Przyznam się, iż mi niemiło było posłyszeć od ludzi, którzy przywieźli do szpitala już opatrzonego rannego (przyp. 6), że kuli w ranie nie ma, bo pan doktor już ranę dokładnie zgłębnikiem badał. Zasadę niebadania ran tem snadniéj obecnie wpoić można lekarzom, ile że daremnie kusić się będą o szukanie pocisków w ranach. Cały pocisk powtarzam tylko nader rzadko w nich utkwi. Wydobycie zaś jego znaczniejsze sprawi trudności aniżeli dawniéj, trudno go bowiem będzie uchwycić szczypcami, gdyż ma powierzchnię gładką, twardą i okrągłą. Jednakże i te zabiegi nie są wskazane na miejscach opatrunkowych, lecz dopiero w szpitalach. Może atoli zajść potrzeba natychmiastowego wydobycia ciała obcego z rany, jeżeli się stanie przyczyną tężca. Eiselsberg doświadczeniami wykazał,

że go wywołują odłamki drzewa, a jeszcze bardziéj zanieczyszczenie rany ziemią [1]). Sprawa ta była przedmiotem zajmującéj rozprawy na ostatnim zjeździe higienistów i demografów podczas międzynarodowéj wystawy w Paryżu. Sprawozdawcy Grancher i Richard byli tego zdania, iż powierzchowne warstwy ziemi obok innych chorobotwórczych prątków zawierają i prątek tężcowy, który dostawszy się do rany, szczególniéj jeżeli odłamki kości się ziemią zanieczyszczają, tężec wywołać może. Innego zdania był Vallin, podając z codziennego doświadczenia, iż często rany ziemią zanieczyszczone bywają, a tężec przecież bardzo rzadko występuje. Crocq i Drysdale podają w wątpliwość własność chorobotwórczą ziemi, boć tężec występuje i bez rany po zwykłem uderzeniu kijem. Cornila zdaniem zaś ziemia wywołać może tężec, nie może atoli podać wskutek jakiego czynnika [2]).

Wydobywania tych ciał obcych nie można jednak powierzać służbie, lecz tylko lekarzom. Na miejscu pierwszéj pomocy (zaliczam tu już i obecne miejsca opatrunkowe), będzie rzeczą lekarzy, przedewszystkiem opatrzyć rany antyseptycznie. W takich warunkach mojem zdaniem byłby na miejscu suchy opatrunek według Landerera [3]), jeżeli się okaże odpowiednim. Zdania swego w tym kierunku nie objawiam, bom jeszcze zbyt mały zebrał materyjał. To jednak jest pewnem, iż operacyje i opatrunki mniéj zajmują czasu, a palce chirurga tyle nie cierpią, używa się bowiem do ścierania rany tylko suchéj gazy sublimatowéj. Ma to jeszcze i pod tym względem wartość, że podczas wojny zazwyczaj o wodę dość trudno. Z operacyj zaś wykonać należy tylko te, które natychmiast wykonane być muszą jakoto: podwiązanie naczyń krwawiących, cięcia tchawicy i t. d. Są to zresztą rzeczy znane. Inne operacyje, które odłożyć można, wskazane są dopiero w szpitalach.

Gdy już ranny się dostanie na miejsce stałego pobytu, rozważyć należy, czy i jakich operacyj dokonać należy. Przedewszystkiem radbym się uporać z ranami brzucha. Z moich chorych wszyscy pomarli i to przeważnie w bardzo krótkim czasie w 2—10 godzin po doznanym postrzale, czy się zrobiło laparotomiję, czy nie. Jeden tylko chory przeżył cztery doby, a drugi siedmnaście, obaj bez operacyi. Jednego zaś znaleziono nieżywego z raną postrzałową brzucha od kuli całéj. Dziwnym trafem ranny ten (przyp. 10) nie miał żadnego trzewia uszkodzonego tylko krew płynną i skrzepłą w jamie otrzewnowéj. U innego rannego zaś, który zmarł w dwie godziny, to jest pierwszy z przybyłych do szpitala (przyp. 1), nie był również żaden narząd w jamie otrzewnowéj uszkodzony, tylko brzeg nerki naddarty. Ten zaś, co najdłużéj żył okazywał ranę wątroby, sześć otworów w kiszce wstępującéj i ranę trzeciego kręgu lędźwiowego (przyp. 9). Wbrew doświadczeniom tedy Dra Habarta sprawdziłem, że kula cała na wylot przejść może przez jamę brzuszną bez przedziurawienia kiszek. W przypadku zaś (7), gdzie kula zniekształtniona przeszła przez jamę brzuszną, obok innych uszkodzeń nastąpiło zranienie tylko błony śluzowéj jelita. Przypadki te nie są dla laparotomii zachęcające, jednakże nie powinny od niéj odstraszać, gdyż mamy jeszcze zbyt małe doświadczenie. Paweł Berger opisuje [4]) dwa przypadki. W pierwszym założono szwy, a śmierć nastąpiła jeszcze tego samego dnia, w drugim przypadku nastąpiło wyzdrowienie po okładach lodowych i wewnętrznem zażywaniu makowca. Zachodzi więc pytanie, czy czekać lub śpieszyć się z wykonaniem laparatomii. Ja widziałem rannych bezpośrednio po odniesieniu uszkodzenia, a chorzy z ranami brzucha wszyscy pomarli przeważnie w kilka godzin, czy się rany w kiszkach szyło, czy nie. W razie wojny przeto chyba tylko bardzo mała liczba rannych z takiemi uszkodzeniami dostanie się do szpitala, przeważna liczba umrze na pobojowisku lub w drodze, jak tego doświadczył Dr. Habart w latach 1876, 1877 i 1878. Z tego względu należałoby laparatomiję wykonywać jak najrychléj, nawet jeżeli można, w miejscu pierwszéj pomocy.

Co do ran postrzałowych płuca, rokowanie będzie zdaje się korzystniejsze, aniżeli dotąd. Gładki i stosunkowo mały kanał postrzałowy będzie mógł rychło i bez ropienia się wygoić. To samo dotyczy ran postrzałowych kości i stawów, jeżeli powstanie gładki otwór. Inaczéj rzecz się ma w przypadkach zmiażdżenia kości jakie niestety i od kuli całéj dość często się przydarza. Nie uniknie się w tych razach amputacyi lub resekcyi. Ostrzegać jednak należy przed zbytnim pośpiechem co do tych operacyj. Nóż amputacyjny w ręku chirurga dopiero w ostateczności znajdować się powinien.

Sprawa gojenia się ran wogóle będzie dla rannego korzystną. Najlepszym tego dowodem rana postrzałowa stawu barkowego (przyp. 15), daléj wynik sekcyjny ran brzucha. We wczesnych okresach znajdowałem przy ranach postrzałowych brzucha tylko nastrzykanie otrzewny, przy dłuższem trwaniu choroby zaś zlepne zapalenie bez ropy. Inaczéj rzecz się miała w przybocznym przypadku rany kłutéj brzucha. Tu już po 24 godzinach wystąpiło ogólne ropne zapalenie otrzewny. Rokowanie tedy będzie mogło być pomyślne tam, gdzie kula, przeszywając ciało w jednéj linii prostéj, nie napotkała narządów szlachetnych. Gdzie zaś to ostatnie ma miejsce, ciężkość uszkodzenia zależną będzie od liczby przeszytych narządów. Ze zaś liczba zadanych uszkodzeń u tego samego rannego będzie znaczną, przeto i śmiertelność będzie znaczną, a przy ranach postrzałowych kości długich będzie zmiażdżenie tychże wcale znaczne, ludzką bronią przeto nazwać téj broni nie można.

[1]) *Experimentelle Beitraege zur Aetiologie des Wundstarrkampfes. Wiener klin. Wochenschrift*, 1888, Nr. 10—13.— [2]) Sprawozdanie w *Wiener medizinische Presse*, 1889, str. 1429.— [3]) *Wiener klinik*, 1890, zeszyt 2. — [4]) *Bulletins et mémoires de la société de chirurgie de Paris*, t. XV., str. 93.

IV. Oceny i sprawozdania.

O wynikach wieszań we wiądzie mlecza za pomocą aparatu Muczutkowskiego [1]),

skreślił
Stanisław Daniłło docent akad. lekarskiéj, i Emil Przychodzki ordyn. pryw. kliniki psychiatr. w Petersburgu.

Wiadomo, że w roku 1883 (*Wracz* 1883 r., Nr. 21) docent Moczutkowski zaproponował nową metodę leczniczą przy wiądzie mlecza, metodę tak zwanych wieszań. Obecnie owa metoda stała się popularną, dzięki prof. Charcotowi, który w klinice swéj już od roku 1887 rozpoczął próbować wieszań w najrozmaitszych cierpieniach mlecza, bądź z substratem anatomicznym, lub bez takowego przy cierpieniach wyłącznie funkcyjonalnych. Wkrótce po nim pojawiło się wiele obserwacyj w tymże kierunku we Francyi, następnie w Niemczech i w Anglii. My jeszcze dotąd, jak się zdaje, nie mamy żadnéj publikacyi kompletnéj w tym przedmiocie,

[1]) Rozprawę niniejszą, ogłoszoną w Nrach 25, 26 i 27 *Wracza* z r. b. otrzymaliśmy w tłumaczeniu polskiem przez autorów zdziałanem. *Redakcyja.*

w przedmiocie niewątpliwie ciekawym z wielu względów, a pomiędzy innemi i dlatego, że wiąd rdzenia jest cierpieniem nader ciężkiem i terapija, wyjąwszy symptomatyczną, szczupłe miała tu dotychczas pole do działania.

Z wyżéj wymienionych więc powodów, z inicyjatywy Dra Daniłły, przedsięwzięliśmy zbadać wpływ wieszań specyjalnie we wiądzie, abyśmy byli w możności zestawienia naszych rezultatów z temi, które w téj kwestyi otrzymano przed nami.

Materyjał, z którego mogliśmy korzystać, składali chorzy w części znajdujący się w oddziale dla nerwowych chorych przy klinice psychijatrycznéj prof. J. Mierzejewskiego, w części zaś chorzy przychodzący z miasta lub innych oddziałów klinicznych, ambulatoryjni, wreszcie część trzecią, stanowili chorzy z praktyki prywatnéj (Daniłło). Ów materyjał składał się wyłącznie z osób, cierpiących na wiąd mlecza, w różnych jednak jego okresach. Takich osób było jedenaście, wszyscy mężczyzni. Z pomiędzy nich w klinice znajdowało się dwóch chorych, ambulatoryjnych, klinicznych pięciu, czteréj zaś ostatni, byli to chorzy z miasta.

Badając i prowadząc dzienniki, trzymaliśmy się szematu Eulenburga i Mendla (p. *Neurologisches Centralblatt*, 1889, Nr. 11), poprzednio zmienionego przez nas pod pewnemi względami. Każdy chory przed wieszaniem był zbadany bardzo sumiennie, następnie zaś rezultaty badania z odpowiedniem dla każdego chorego rozpoznaniem wnosiliśmy w ogólną tablicę dziennika, która była podzieloną na następujące rubryki:

1) rok, miesiąc i dzień wieszania; 2) początek wieszań i ich liczba; 3) jak długo trwało każde wieszanie; 4) charakter ruchów dowolnych rsp. chód; 5) objaw Romberga; 6) neuralgije i bóle strzelające (specyjalnie); 7) inne wady sfery czuciowéj; 8) czynność pęcherza moczowego; 9) czynność narządów płciowych; 10) czynności żołądka i kiszek; 11) zmiany w łaknieniu, śnie i stanie ogólnym chorego; 12) zmiany zachodzące w narządzie wzrokowym i wreszcie 13) oddzielne notatki.

Wahania w czasie oddzielnych wieszań były od 1′ do 4′ i 5′, lecz nigdy dłużéj.

Z początku wieszaliśmy chorych od 1′ i niżéj, następnie zaś stopniowo przedłużaliśmy niektóre późniejsze wieszania o $^1/_2$′ do 1′, przyczem posiedzenia odbywały się systematycznie i regularnie 3 razy na tydzień. Po każdem odbytem wieszaniu, radziliśmy chorym odpoczywać w przeciągu 10′ do 15′.

Z wyjątkiem niewielkich dawek jodków i bromków chorzy w czasie wieszań nic więcéj nie przyjmowali wewnętrznie.

Wszystkich wieszań ogółem naliczyliśmy 293.

W liczbie 11-tu wyżéj wymienionych chorych znajdowało się dwóch w okresie ataktycznym, których dłużéj nie wieszaliśmy z powodu pojawiających się zwykle zaraz po każdem wieszaniu, zawrotów głowy, z jednoczesną częstokroć sinicą twarzy. Symptomów opuszkowego porażenia żaden z tych chorych nie przedstawiał, ale u jednego z nich można było skonstatować stłuszczenie serca z wyraźnie oznaczoną sklerozą naczyń, u drugiego zaś znaczną ogólną anemiję.

Rezultaty badań klinicznych z krótkiemi historyjami chorób przedstawiamy w następującym porządku.

Przypadek I. *Tabes dorsalis cum ophthalmoplegia externa et interna* z napadami bólów gastrycznych (*crises gastriques*).

K. J., lat 36, syn kupca, przyjęty do oddziału chorób nerwowych w klinice dn. 22 października 1889 r. Dziedziczności odnośnie do chorób nerwowych, o ile można sądzić, nie było. Budowa ciała i stan odżywiania dość słaby. W 1876 roku dostał szankra (*ul. cus. induratum primarium*) z następowemi objawami kiły. W 6—7-miu miesięcy po zarażeniu w 1880 r. pojawiło się widzenie podwójne i osłabienie siły wzrokowéj, wówczas pojawiły się bóle strzelające w kończynach górnych, przeważnie zaś w dolnych, przytem utrudniony chód o zmroku. W 1886 roku do tych objawów dołączyły się wymioty, które zjawiały się po kilka razy co rok, przyczem pojawiając się napadami, trwały w ciągu każdego napadu do 7—8 dni. Ostatnimi czasy nastąpiło znaczne pogorszenie chodu i wzroku, a także bóle strzelające stały się częstszemi i silniejszemi przeważnie w kończynach dolnych. Osłabienie wzroku głównie można było stwierdzić w prawem oku, gdzie wrażenia świetlne na obwodzie siatkówki daleko słabsze, niż na lewem, pole widzenia zwężone z prawéj strony. Źrenice niesymetryczne, lewa szersza, niż prawa; prawa źrenica oddziaływa na światło rozszerzeniem przeważnie przy bocznem oświetleniu; na akomodacyję i na ból obie wcale nie oddziaływają. Gałki oczne nieruchome we wszystkich kierunkach wyjąwszy nieznaczny i słaby ruch ku dołowi.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 2-go kwietnia 1890 r.

Przewodniczący kol. Mars, członków obecnych 23.

1) Kol. Korczyński, jako przewodniczący komisyi przemysłowéj po odczytaniu opinii referenta prof. Łazarskiego co do kapsułek wyrobu pana Zahradnika, aptekarza z Jezierny, czyni wniosek, iżby Tow. lek. krak. te kapsułki jako istotnie doskonałe zaleciło. Wniosek jednomyślnie przyjęto.

2) Kol. Surzycki opisuje i przedstawia w klinice się znajdujący przypadek pląsawicy połowiczéj, najprawdopodobniéj na tle kiły. W dyskusyi zabierają głos koll. Krokiewicz, Momidłowski Walery. W dalszéj dyskusyi kol. Gluziński zauważa, że gdyby nie dokładność anamnezy, to ten przypadek robiłby wrażenie pląsawicy połowiczéj po hemiplegii, gdyż obecnie można stwierdzić stan hemiparetyczny i ruch jak przy atetozie. Kolega Surzycki odpowiada, iż można ją uważać chyba za *hemichorea praehemiplegica*; chory miał wprawdzie raz wśród zawrotu głowy upaść, ale żadnych potem objawów porażennych nie było, trudno więc przypuszczać atak udarowy. Kol. Momidłowski Walery przypuszcza, biorąc na uwagę przebieg dotychczasowy choroby i stosunki anatomiczne, kilaka lub wyrośl kostną, uciskającą korę mózgową od góry ku dołowi i tłumaczy, że pierwotnie tylko wskutek podrażnienia były ruchy pląsawicze, a teraz przy dalszym ucisku przez wzrost tumoru występuje pareza i to od kończyny dolnéj ku górnéj. Kol. Rosenzweig dodaje, że leczenie zdoła tu dużo wyjaśnić. Gdyby wśród leczenia znikły ruchy pląsawicze, a została hemipareza, toby to przemawiało za poprzednią hemiplegiją. W dalszéj dyskusyi zabierają głos koll. Surzycki, Głuziński, Momidłowski W. i Mars. Chory ten będzie po przebyciu leczenia przeciwkiłowego jeszcze raz przedstawiony.

3) Kol. Obaliński przedstawia chorego po wycięciu całkowitem krtani, któréj preparat dołączono. Operacyi dokonano wskutek raka przed dwunastu dniami, a chory od czterech dni sam umie jeść i pić po ściśnięciu zewnętrznych brzegów rany. Chory ten po otrzymaniu sztucznéj krtani, jeszcze raz będzie przedstawiony.

Daléj przedstawia tenże chorego z ropniem zimnym, u którego, jak w licznych poprzednich przypadkach użył metody, która wydawała się mu najlepszą, a któréj obecnie Billroth właśnie zaleca t. j. nie wstrzykiwania wprost do ropnia emulsyi jodoformowéj z gliceryną (lepsza od oliwnéj z powodu antyseptycznego działania gliceryny), ale dopiero po poprzedniem otwarciu takowego, usunięciu *membrana pyogenes*, wyśledzeniu przetoki i dojściu, ile to jest możliwem, do ogniska. Postępowanie dotychczasowe prelegenta różni się nieco od Billrothowskiego, który z obawy krwawienia miąższowego radzi dopiero w kilka godzin po usunięciu *membrana pyogenes* zeszyć ranę i wtedy dopiero wstrzyknąć emulsyję, przekonawszy się, że krwawienie ustało,

podczas gdy prelegent robi to odrazu i nie miał dotąd wypadku znaczniejszego krwawienia. Przypuszcza również, że powodem dla którego Billroth od tego postępowania odstąpił, była ta okoliczność, iż emulzyja z gliceryną, powiększając z powodu przyciągania wody swoję objętość, może naśladować gromadzenie się krwi. Wypowiada tylko obawę, aby przy używaniu tak znacznych ilości jodoformu nie bywało zatrucia, które u niektórych osób, jakto miał sposobność widzieć niedawno po resekcyi w kolanie, już po małych stosunkowo ilościach występuje. W wynikłéj co do ostatniego punktu dyskusyi zabierają głos koll. Pieniążek, Krokiewicz, Podgórski i Gluziński, który zauważa, iż od umiejscowienia ropnia, będzie tu dużo zależeć, bo wessalność jodoformu ułatwiają tłuszcze, sądzi więc, że wszędzie tam, gdzie n. p. szpik kostny jest odsłonięty, trzeba być z użyciem tego środka ostrożnym. Co do saméj metody, to kol. Bossowski dla niéj już *a priori* się nie entuzyazmuje, gdyż jak długo w przyszłości nie potrafimy dojść do ogniska i takowe usunąć, choćby n. p. przez resekcyję części trzonu kręgów, to wszystkie środki inne prowadzić będą do zawodu. Prof. Obaliński przyznaje, iż ta droga będzie istotnie jedynie radykalną, nim jednak nastąpi, uważa powyż opisaną metodę za najlepszą, a w każdym razie odpowiedniejszą od obecnie powszechnie używanéj metody Mikulicza; osiągnięte zaś dotąd dobre wyniki zachęcają go do niéj.

Kol. Krokiewicz nie godzi się, opierając się na wynikach bakteryjologicznych, jakoby gliceryna była środkiem antyseptycznym, jak to twierdzi prelegent, gdyż owszem przy hodowlach najwybredniejszych mikrobów bywa dodawaną do pożywki. Kol. Obaliński abstrahuje od sztucznych doświadczeń, a musi przyjąć fakt, jakkolwiek nie wytłumaczony teoretycznie, że przecież ta emulzsyja ma jakieś swoiste działanie na zniszczenie choroby, a gliceryna jako hygroskopijna, jest bardzo dobrym środkiem, również do rozdzielenia jodoformu, środka szczmiącego, po powierzchni rany i dlatego się krwawień następowych mało boi. Przewodniczący zwraca uwagę, że i sama gliceryna ma własności tamujące krwawienie, bywa często w tym celu w ginekologii używana.

4) Kol. Rydygier przedstawił chorego z gojącą się raną po dokonanéj operacyi metodą Kraskego z powodu *carcinoma recti* z resekcyją kości ogonowéj. Jestto zabieg ciężki, narażający chorego na znaczną utratę krwi.

Sekretarz: *Dr. Czesław Podgórski.*

VI. Sprawozdanie z II-go Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

Wykład XXIII. Kol. Obaliński: „Z zakresu chirurgii nerek.“ W wykładzie swoim przytacza prelegent przypadek i demonstruje z niego preparat anatomopatolog., dodając następujące doświadczenia. Sprawa cała dotyczyła kobiety, cierpiącéj na wypadnięcie macicy i guz w jamie brzusznéj. Ginekologiczne rozpoznanie brzmiało *cystoma ovarii*, a kol. Obaliński zgadzał się z takowem, miał jednakże pewne uzasadnione wątpliwości. 1) macica była wypadnięta; 2) ściany tumoru wydawały się za cienkie, a 3) umiejscowienie było więcéj koło kiszki ślepéj tak, że w końcu przypuszczał hydronefrozę. Operacyja podjęta stwierdziła to ostatnie rozpoznanie. Po przecięciu ścian jamy brzusznéj napotkano guz o cienkich ścianach, który zawierał płyn wodojasny. Zaraz też dało się rozstrzygnąć, że to nie jest *cystoma ovarii*, gdy ręką obszedłszy natrafiano na jajnik, który był tylko przyrośnięty. Guz umocowany był pod kiszką ślepą, nerka lewa dała się łatwo wymacać, a z prawéj ani miąższu, ani moczowodu nigdzie wyśledzić nie było można. Na razie przypuścić można było przed przecięciem otrzewny, że jest to albo cysta kreski, albo hydronefroza. Otrzewnę nacięto i łatwo ręką dał się wyjąć cały guz bez śladu nerki i moczowodu; przypuścić więc chyba należy, że w przypadku tym trwała hydronefroza prawdopodobnie od urodzenia. W literaturze przypadku podobnego nie ma, a kol. Obaliński demonstrując preparat, prosi obecnych o podanie podobnych przypadków dla wzbogacenia kazuistyki.

Kol. Bogdanik nadmienia, że robiąc raz sekcyję sądowo lekarską, mimo starannych poszukiwań nie znalazł zupełnie ani śladu nerki prawéj. Kol. Dębowski przytacza przez siebie operowany przypadek hydronefrozy. Kol. Kijewski opowiada o zupełnie analogicznym przypadku jak kol. Obalińskiego, zaś kol. Trzebicky mówi o chorym przez siebie operowanym, gdzie zamiast nerki znalazł szypułkę z maleńką częścią miąższu nerkowego. Kol. Jasiński żałując, że przypadki wspomniane przez kolegów nie przeszły do literatury, opisuje taki przypadek jak kol. Bogdanika, gdzie prof. Brodowicz w Warszawie robiąc sekcyję, także nie mógł znaleźć nerki.

Wykład XXIV. Kol. Gross: „O pierwotnym twardzielu krtani (*Laryngoscleroma*).“ Choroba polegająca na zapaleniu przewlekłem tkanki głównie podśluzowéj, wywołana rozrostem specyjalnych prątków, t. zw. prątków rynoskleromatycznych, wydarza się głównie na błonie śluzowéj nozdrzy przednich, błonie śluzowéj nosa, podniebienia miękkiego i twardego, gardziela, a wreszcie i krtani. Twardziel krtani bywa najczęściéj następowy, t. j. rozwija się na tejże *ex continuo*, przenosząc się zwolna z górnych części jamy nosowo-polykowéj. Twardziel pierwotny krtani uważany jest dotychczas za jednę z chorób najrzadszych tego narządu. Natomiast dość często spotykamy się z chorobą zwaną przez laryngologów *chorditis vocalis inferior hypertrophica* i w tym przypadku, o którym będzie mowa, obserwowanym w tutejszéj klinice chirurg. rozpoznanie kliniczne, stwierdzone również przez laryngologa prof. Pieniążka, brzmiało również *chorditis vocalis hypertrophica inferior*. Badanie bakteryjologiczne dokonane na wyciętéj błonie śluzowéj wykazało *laryngoscleroma*. Gdy się jednak zwróci uwagę, że badania ściśle, t. j. z posługiwaniem się hodowlami, odnoszące się do *rhinoscleroma* nie są tak dawne, w każdym razie nie są one jeszcze wszędzie dokonywane, gdy się daléj zważy, iż racyjonalnéj podstawy dla téj choroby laryngologowie dotychczas nie podawali, z wyjątkiem tego, iż wydarza się najczęściéj w następstwie, względnie towarzystwie chorób górnych dróg oddechowych, gdy się daléj tę ostatnią okoliczność uwzględni ze stanowiska tego jak poniżéj, określonym będzie stosunek nieżytu do twardziela, gdy wreszcie przywiedziemy sobie na pamięć, że już nieraz *chorditis vocalis hypertrophica* okazała się jako *laryngoscleroma*, nie będzie może zbyt śmiałem przypuścić, iż jeżeli już nie wszystkie przypadki, to w każdym razie nie mała ich część, podawana dotychczas jako *chorditis vocalis hypertrophica* trzeba uważać za *laryngoscleroma*, t. j. chorobę specyficzną, wytworzoną przez specyjalne drobnoustroje. Spostrzeżenie, iż w wydzielinie prawidłowéj nosa, a w większéj ilości, gdy błona śluzowa nieżytem jest zajętą, znachodzą się drobnoustroje właściwe zapaleniu płuc, dał pochop do słusznego jak się zdaje tłomaczenia powstania zapalenia dławcowego w ten sposób, że prątki znachodzące się w nosie i sąsiednich jamach dostawszy się do płuc, względnie do najdrobniejszych oskrzelików i pęcherzyków płucnych, a padłszy przytem na tkankę, która z jakichkolwiek powodów utraciła czasowo swą odporność prawidłową, rozmnażają się tu i wywołują zapalenie płuc; w podobny sposób powstaje niezawodnie twardziel. Wielkie podobieństwo, choć nie identyczność prątków twardziela z prątkami zapalenia płuc dławcowego, a zwłaszcza ta okoliczność, iż wywołano raz u myszy białych wstrzyknięciem prątków twardziela zapalenie płuc krupowe i daléj to, że otrzymujemy hodowle znacznie więcéj zbliżone do pneumokoków, niż do swych bezpośrednich protoplastów, t. j. prątków twardziela pozwalają czynić wniosek, iż prątki twardziela są tylko bliską odmianą, powstałą ze zmiany warunków bytu, odmianą, która możeby się nawet zupełnie wyrównała przy chodowaniu wśród ciągłej téj sprawie sprzyjającéj zmianie warunków. Spostrzeżenie to może mieć wartość dla pojęć bijologicznych w dziedzinie drobnoustrojów.

Wykład XXV. Kol. Rosner: „Badanie doświadczalne nad odrastaniem wątroby po resekcyi (z demonstracyjami).“ Na ostatnim zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie zadziwił Ponfick cały świat naukowy lekarski doniesieniem, że zwierzęta ciepłokrwiste, jak króliki i psy nietylko znoszą tak ciężkie zabiegi, jak wycięcie połowy wątroby, lecz że wątroba ta nawet regeneruje się i to szybko i obficie. Zdarzało się nawet autorowi, że w pięć dni po wy-

cięciu dwóch trzecich części wątroby obserwował całkowitą, a nadto więcéj niż całkowitą regeneracyję wątroby. Zachęcony przez czcigodnego szefa prof. Rydygiera i z jego oraz kolegów klinicznych łaskawą pomocą wykonał kol Rosner w ubiegłym miesiącu szereg doświadczeń przeważnie na królikach, które miały powyższe podanie stwierdzić. Liczba doświadczeń, jakie w tak krótkim czasie wykonał jest stanowczo zbyt małą, aby na téj podstawie czynić pewne wnioski, dla tego też prelegent referat swój uważa za tymczasowe doniesienie.

Wykonał 12 doświadczeń, z tych 11 na królikach, jedno na psie. Wycinał płaty lewe wątroby, nie chcąc uszkodzić przewodów i woreczka żółciowego; postępował w ten sposób, że po otworzeniu jamy brzusznéj w linii białéj wyciągał za pomocą palców zrazu jeden, następnie drugi płat lewy, poczem przez jeden płat przeciągał grubą nitkę katgutową, którą powoli zaciągał. Nitka wpijała się w miąższ wątroby, a opór przy tem napotykany był minimalny. Kiedy czuł, że opór stawiany nitce przez tkankę powiększa się, zaciągał węzeł, poczem przed nitką odcinał wątrobę. Krwotoku wielkiego nigdy nie było, co tłomaczyć można sobie, że katgut gruby miażdży miąższ i naczynia mniejsze, działając jak écraseur, większe zaś naczynia usuwają się pod nitką, a kiedy ich się zbierze więcéj, zaczynają nitce stawiać opór, a wtedy nitka zostaje zaciągniętą. Z 12 zwierząt 6. między niemi jeden pies przetrzymał zabieg operacyjny, reszta zdechła, t. j. dwa z zapalenia otrzewny, 2 na *ileus*, a 2 z nieznanéj przyczyny. Ponfick podaje, że największem niebezpieczeństwem w téj operacyi jest nagła zmiana w krążeniu, które przez odcięcie znacznego koryta żyły wrotnéj nie jest w stanie się uregulować i z powodu niedokrwenności nerek prowadzi do śmierci. W 12 opisanych przypadkach przyczyna ta nie odgrywała nigdy roli, bo nawet dwa przypadki o nieznanéj przyczynie śmierci nie dadzą się do tego odnieść, gdyby bowiem nagła zmiana w krążeniu miała zwierzę zabijać, to śmierć ta byłaby również nagłą, a przynajmniéj następowałaby kilka godzin po operacyi. Natomiast ważną jest rzeczą, że w kilku przypadkach nastąpiło zlepienie się jelita z wątrobą, co dało przyczynę do *ileus*, który w 2 przypadkach sprowadził śmierć. Regeneracyi nie zauważono wcale, we wszystkich natomiast przypadkach była nekroza koagulacyjna poniżéj wątroby. Rezultat ten zdaje się całkiem naturalny, jeżeli bowiem już podczas saméj operacyi obserwujemy, że z przeciętéj powierzchni nie sączy się ani jedna kropla krwi, to przypuszczać możemy, że ta część wątroby poniżéj podwiązki jest skazaną na obumarcie, tem bardziéj, że mamy do czynienia z narządem miąższowym bardzo na odcięcie krążenia wrażliwym. Jakżeż więc ma naróść nowa tkanka według Ponficka, skoro pozostający miąższ wątroby nie znajduje warunków istnienia. Nie można twierdzić, jakoby wątroba się nigdy nie odradzała, jednak za tem przemawiają w powyżéj podany sposób robione doświadczenia.

Wykład kolegi Rosnera obudził powszechne zajęcie. Kol. Wehr i Berger dopytywali się prelegenta o dokładny sposób robienia doświadczeń, a tenże pokazał im sekcyję królika, u którego podwiązanie wątroby przed 5-iu tygodniami miało miejsce.

Ponieważ zgłoszono 3 wykłady o jednym i tym samym temacie, chociaż nader zajmującym, przeto przewodniczący zwraca uwagę koll. prelegentów, prosząc o krótkość i zwięzłość w wypowiedzeniu takowych.

Wykład XXVI. Kol. Wehr: „O promienicy (*actinomycosis*).“ Co do promienicy, jéj rozwoju, objawów i przebiegu, to materyjały naukowe jakkolwiek już cenne i znaczne, nie są jeszcze tak wzbogacone, ażeby sprawa cała mogła być jasną. I tak, jedni opierają rozpoznanie promienicy na obecności kolb, gdy inni uważają rzecz tę dla pewności rozpoznania za zupełnie niepotrzebną, a nitki podzielone na rodzaj dużych laseczników, mają zupełne być wystarczające. Kol. W. przytacza przypadki obserwacyi klinicznéj promienicy, jak n. p. opisuje guz w jamie brzusznéj podobny do nowotworu, z którego ropa się wylała, a guz zginął. Rok minął, a u tegoż samego chorego otworzono ropień około pępka, z którego wylała się ropa wodnisto płynna. Równocześnie w ścianie jamy brzusznéj wytworzył się guz, który uważając za mięsak kol. W. chciał operować. Chory jednak nie zdecydował się i przełożywszy Wiedeń nad Lwów, udał się do prof. Billrotha, który kazał mu czekać. Zwyż wzmiankowany ropień, przecięty koło pępka, obserwowany ściśle wykazał promienicę przy dokładniejszem badaniu. Skrobiąc łyżeczką, napotyka się wyraźnie przy promieniczych ropniach na rodzaj postronków i beleczek, między które skrobiąca łyżeczka wpada jak gdyby w sieć. Objaw ten, a raczéj ta właściwość zmian aktinomykotycznych może posłużyć często do odróżnienia gruźlicy od promienicy, w téj pierwszéj bowiem rzadko można się spotkać z taką postronkowatą siecią. Prelegent uprasza kolegów obecnych o nadsyłanie lub ogłaszanie nowych, w praktyce wydarzających im się przypadków dla wzbogacenia statystyki, aby z niéj na przyszłość czynić można wnioski i dotąd dość szczupłe wiadomości o téj coraz częściéj wydarzającéj się chorobie.

Wykład XXVII. Kol. Barącz: „Przypadek promienicy płuc i klatki piersiowéj z demonstracyją preparatów.“ Piękna fotografija okazuje mężczyznę dość silnie zbudowanego, a jak kol. Barącz dodaje, zanadto oddającego się pijaństwu, u którego widać wyraźnie, że sprawa dotyczy mostka i okolica jego jest sprawą promieniczą dotknięta. Początkowo chciano robić resekcyję mostka całkowitą, gdy się jednak pokazało, że takowa nie doprowadziłaby do pożądanego celu, prelegent odstąpił od téj myśli i poprzestał na wyskrobaniu. Podczas tego krwawienie było znaczne. Ponieważ ogniska rozszerzały się na szyję i kl. piersiową, zostały wyskrobane, przyczem prawie cała dolna połowa mostka usuniętą została. Po kilku dniach duszność się wzmogła, chory umarł, a na demonstruowanym preparacie widzieć można, że promienica idąc w głąb, zajmowała trzewa klatki piersiowéj.

Wykład XVIII. Kol. Gross: „Przypadek promienicy u człowieka z przedstawieniem choréj i królików zaszczepionych.“

Wykład XXIX. Kol. Kijewski: „Zestawienie 10-ciu przypadków actinomykozy.“ Opisując dość dokładnie i szczegółowo pojedyncze przypadki, szczególniéj promienicy szczęk i twarzy, przychodzi do wniosków nad rozpoznaniem i nad leczeniem. Są pewne cechy i pewne objawy, po których bez posiłkowania się mikroskopem można myśleć, a nawet rozpoznawać promienicę, i tak już w palcach wyczuć można ziarenka kolb promieniczych, daléj występujący prawie zawsze *trismus*, charakterystyczne rozchodzenie się przetok etc. etc. Co do leczenia to kol. Kijewski radzi leczyć aktinomykozę tak, jak się leczy złośliwe nowotwory, nie skrobać, ale doszczętnie usuwać, uważając to za fikcyję, że aktinomykoza wyskrobaniem i kwasem borowym daje się dokładnie wyleczyć. Kol. Browicz zwraca uwagę, że często w tkankach patologicznych znajdujemy grudki zupełnie podobne do promieniczych, a jednak nie mają one z nią nic wspólnego. Na tem zakończono posiedzenie przedpołudniowe.

Wykład XXX. Posiedzenie popołudniowe rozpoczął kol. Wołkowicz: „Demonstracyją preparatów przechowywania przecięć ciała ludzkiego.“ Określiwszy znaczenie owych okazów dla nauczania anatomii topograficznéj, kol. W. wskazał na zalety ich w porównaniu z innymi preparatami, w jakie zaopatrzone są zwykle muzea anatomiczne, nie ujmując jednakże tym ostatnim znaczenia, dla nauczania anatomii opisowéj. Preparaty przywiezione przez kol. W. z Warszawy i przygotowane przez niego w pracowni prof. Taubera uczestnikom zjazdu bardzo się podobały, albowiem przechowywane przez półtora roku w roztworze tymolowym Wywodzewa w warunkach szczegółowo podanych przez kol. W. i odpowiednio ułożone w płaskich naczyniach, niczem prawie nie różniły się od świeżych preparatów, otrzymanych przez rozpiłowanie zwłok zamrożonych.

Wykład XXXI. Kol. Rydygier: „O wypiłowaniu stawu skokowego“ (z przedstawieniem chorych). Sposób Huetera ma tę wyższość ponad innemi metodami resekcyi stawu skokowego, że otwierając staw od przodu ma się dostęp wygodny nie tylko do samego stawu, ale i w przestrzeń między kośćmi goleniowemi, gdzie tak często lokalizuje się

gruźlica. Przecięcie ściegiem mięśni i nerwu od przodu i następowe ich zespojenie daje bardzo dobre co do ruchomości rezultaty, co demonstracyja chorych operowanych Hueterowską metodą kol. Rydygier należycie objaśnia.

Wykład XXXI. Tenże: „Demonstracyja na trupie wypiłowania stawu skokowego sposobem Lauensteina.“ Na XIX zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie okazywał Lauenstein nowy sposób wypiłowania stawu skokowego, który kol. R. wykonywa na zwłokach. Cięcie prowadzi się po zewnętrznéj stronie, wzdłuż strzałki długości 10—12 cm., przebiegające ponad kierunkiem *m. peronei*. Po oddzieleniu skóry i rozwarciu haczykami takowéj wchodzi się do stawu popod kostką zewnętrzną, przecina odpowiednie więzadła, przegina stopę ku wewnątrz i w ten sposób wyłania się z cięcia skórnego powierzchnia stawowa obu kości przedudzia z jednéj, a kości skokowéj z drugiéj strony. (Dok. nast.)

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 13 sierpnia 1890. Po tygodniowych pracach zakończył zjazd berliński posiedzenia w sobotę d. 9 bm. posiedzeniem pożegnalnem, które zagaił prof. Virchow. W przemówieniu swem wyraził V. życzenie, aby reprezentanci obcych narodowości nabyli przekonania, że w Niemczech praca pokojowa znajduje trwałą siedzibę, a w pracy téj nie istnieje wcale rozdział odrębnych ras i wyznań. Wyraziwszy podziękowania wszystkim władzom i osobom, które okazywały pomoc wśród przygotowań do zjazdu, zakończył słowami: „oby te prace zjazdu przyczyniły się nieco do zbratania się ludzkości i pokoju narodów!“ Rzym obrano jako miejsce przyszłego zjazdu. Z kolei przemawiali reprezentanci obcych narodowości i dziękowali za gościnność stolicy Niemiec.

Najwięcéj bo 13 posiedzeń odbyła sekcyja położniczo-ginekologiczna, sekcyja chirurgiczna odbyła posiedzeń 7, laryngolodzy wysłuchali 65 wykładów na 73 zapowiedzianych. W zjeździe tym wzięło udział ogółem 7056 lekarzy; z tych przypadało na Berlin 1157, na Niemcy 1653, na Austryję 257, na Rosyję 424, na W. Brytaniję 357, na Włochy 144, na Francyję 171; z innych państw Europy przybyło uczestników 610, ze Stanów Zjednoczonych lekarzy 623.

* W Krynicy było do d. 4 sierpnia b. r. osób 3569. W Szczawnicy do dnia 7 sierpnia osób 2950. W Cieplicach czeskich do dnia 11 sierpnia osób 5707.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Drowie Hausemann i Langenhaus habilitowali się jako docenci anatomii patologicznéj.

* **Nekrologija.** W Berlinie zmarł nagle bawiący tam na Zjeździe lekarskim Dr. Ludwik Adolf Neugebauer (starszy). N. urodzony w r. 1821 w Dojutrowie pod Kaliszem, studyjował medycynę we Wrocławiu, oddawszy się wcześnie akuszeryi. Do roku 1849 był lekarzem w klinice położniczéj we Wrocławiu, a następnie przez lat ośm praktykował w Kaliszu, zkąd powołany został do Warszawy jako profesor anatomii, późniéj akuszeryi w akademii medyczno-chirurgicznéj, oraz ordynator szpitala św. Ducha. Po zwinięciu akademii zajął stanowisko profesora w szkole głównéj, a następnie w uniwersytecie. Zmarły jest autorem licznych cenionych dzieł i rozpraw lekarskich, jako to: „Wykład akuszeryi,“ „Anatomija opisowa ciała ludzkiego, według Józefa Hyrtla“ i wielu innych. Zwłoki sprowadzone będą do Warszawy. Cześć pamięci polskiego uczonego i lekarza, którego pomimo późnego wieku młodzieńczym do nauk zapałem ożywionego, wyrwała śmierć z grona żyjących właśnie, gdy mając brać udział w pracach zjazdu dawał dowód tego zamiłowania i pracowitości znanéj od dawna w kołach lekarskich. — We Wiedniu umarł profesor chemii i członek najwyższéj Rady zdrowia Dr. Ludwik Barth-Barthenau w 52 roku życia.

Sprostowanie: W numerze 32, str. 458 w artykule Dr. Bogdanika wiersz 14 od góry, powinno być: „tłomaczeniem. Że przy odległościach...“, zaś w wierszu 20 od góry powinno być „stygnie, za tem przemawia...“

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. S.....i w Warszawie. List doszedł nas w chwili zamknięcia numeru. Sprostowanie będziemy mogli umieścić dopiero w numerze najbliższym.

W zastępstwie Redaktora odpowiedzialnego: **Dr. I. Schaitter.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 23 Sierpnia 1890. Nr. 34.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

I. Z pracowni profesora Cornila w Paryżu.

O udziale krwi w powstawaniu produktów zapalnych.

Napisał

Andrzéj Obrzut z Pragi.

Dotychczas nie wypowiedziano jeszcze ostatniego słowa w ważnéj kwestyi sprawy zapalnéj. Obydwie teoryje Virchowa i Cohnheima, mają wiele za i przeciw sobie i jakkolwiek ta ostatnia zyskuje coraz więcéj podstawy, nie brak przecież poważnych głosów reakcyjnych, mianowicie od czasu odkryć Strasburgera, Fleminga i innych. Faktom stwierdzonym przez doświadczenia Cohnheima przeciwstawiono spostrzeżenia na komórkach stałych w tkankach podległych zapaleniu, spostrzeżenia świadczące o ich czynności proliferacyjnéj.

Pewna część autorów zajmuje stanowisko pośrednie pomiędzy dwiema teoryjami. Upatrując jedyne źródło ciałek ropnych w sprawie zapalnéj ostréj w ciałkach białych wyemigrowanych ze krwi, ta grupa autorów dla zapalenia przewlekłego w narządach miąższowych źródło nowych komórek widzi w proliferacyi komórek stałych (komórki tkanki łącznéj i śródbłonka naczyń krwionośnych).

Główną przeszkodą do posunięcia naprzód naszych wiadomości pod tym względem stanowi trudność tłumaczenia objawów histologicznych, jakie spostrzegamy na tkankach uległych zapaleniu. Aby objawy te dobrze tłumaczyć, trzeba je przedewszystkiem dobrze widzieć, a to stało się dopiero możebnem przy dzisiejszem udoskonaleniu metod badania i po przyswojeniu sobie wielkiéj wprawy technicznéj, jakiéj te badania wymagają.

Zachęcony wynikami, jakie otrzymałem przy badaniach choroby Brighta, używałem wyłącznie metody Fleminga do twardzenia preparatów. Materyjał ze zwłok pochodzący starałem się mieć do dyspozycyi jak najwcześniéj po śmierci, zaś materyjał z doświadczeń na zwierzętach, często *in vivo* wydobywałem i bezpośrednio zanurzałem do rozczynu Fleminga, o ile można świeżo przyrządzonego. W ten sposób stwardłe preparaty okazują mnóstwo szczegółów, które albo wcale nie są widoczne albo tylko niewyraźnie na preparatach w innympłynie stwardłych. W ten sposób nagromadziłem sobie materyjał dosyć obfity z różnych narządów i wyniki badania tego materyjału stanowią przedmiot niniejszéj pracy.

Rozporządzając wielką ilością preparatów można przez porównywania, przez krytyczne ocenianie znaczenia objawów histologicznych przyjść do wniosków znacznie pewniejszych, używając jednéj tylko metody.

W kwestyi sprawy zapalnéj badanie mikroskopowe preparatów ze zwłok pochodzących ma tę wyższość nad doświadczaniem na zwierzętach, że nam przedstawia rzeczywistość, cały szereg objawów faktycznie istniejących, a dotąd albo niewidzianych, albo za nadto jednostronnie tłumaczonych. Do doświadczenia na zwierzętach uciekałem się w tych razach, gdzie mi brakło obrazów przejściowych, owego ogniwa potrzebnego do wyjaśnienia jak z jednego składnika lub pewnéj grupy tychże powstają nowe, nieraz zupełnie różne od pierwotnych.

Moje przypadki dotyczą różnych postaci anatomicznych sprawy zapalnéj, głównie zapalenia w narządach miąższowych, tak zwanego zapalenia interstycyjalnego przewlekłego. Do téj ostatniéj kategoryi zaliczyłem i gruźlicę, mającą bezsprzecznie wiele cech wspólnych z zapaleniem.

Kluczem do zrozumienia wszystkich objawów patologicznych jest bez wątpienia znajomość fizyjologii krwi w naczyniach i poza ich obrębem, a co do nowotworzenia zapalnego w szczególności, nowotworzenie fizyjologiczne. W tym celu badałem łożysko ludzkie i zwierzęce w różnych okresach ciąży, a skłoniło mnie do tego przypuszczenie, że w łożysku, owym narządzie, który w warunkach fizyjologicznych w krótkim stosunkowo czasie, zwłaszcza u zwierząt, do znacznych dochodzi rozmiarów, wszystkie okresy nowotworzenia odbywać się muszą w daleko szybcéj, że zatem obok składników już wytworzonych znajdować się muszą w wielkiéj ilości i składniki przejściowe. Przez porównywanie i analizę spostrzeganych obrazów na pierwszy rzut oka różnych, ale należących do jednego i tego samego szeregu zjawisk, spodziewałem się bliżéj wglądnąć w samą istotę nowotworzenia czyli zbudować sobie owo „jak“ całéj sprawy. Nie pomijałem

przy tem i drobnych zjawisk, które powszechnie za pośmiertne uważamy. I one mają wysoką wartość i dają nam nieraz cenne wskazówki co do zjawisk za życia powstałych. Pod tym względem wspomnę tutaj tylko o krwi w naczyniach się znajdującej lub wynaczynionej. I te objawy pośmiertne są wyrazem pewnych własności fizyjologicznych i mają pewną analogiję z objawami *intra vitam* powstałemi.

W mojem badaniu choroby Brighta przyszedłem do wyników nie licujących wcale z panującemi dzisiaj poglądami. Kwestyja pochodzenia komórek okrągłych tworzących naciek w tkance łącznej międzymiąższowej, która owłada dotąd cały problem zapalenia, wydała mi się za nadto jednostronną. Obok komórek znajdujemy tam przecież i inny składnik może jeszcze ważniejszy, mianowicie nowo powstające włókienka tkanki łącznej. Dzisiaj nie jestto bynajmniej pewnikiem, że włókienka te są produktem komórek, a teoryja ich powstawania pozakomórkowego ma przynajmniej tyle uprawnienia, co i teoryja przeciwna, która te włókienka wywodzi z pierwoszcza komórek wprost lub jako wydzielinę tego ostatniego. Kwestyja zatem dotycząca początków istoty międzykomórkowej niemniej ważna jak pochodzenie komórek pozostaje dotąd ciemną.

W chorobie Brighta punktem wyjścia wszystkich zmian patologicznych były dla mnie naczynia krwionośne kłębków Malpighiego i przestworów międzykanalikowych. Komórki okrągłe, tworzące naciek w pewnych okresach w tkance łącznej, są to ciałka białe, które wyemigrowały z naczyń krwionośnych, a włókienka tkanki łącznej równocześnie z niemi, a często i niezależnie od nich występujące, były dla mnie produktem ciałek czerwonych. Długo wahałem się, nim wypowiedziałem zapatrywanie tak śmiałe. Im dłużej jednak egzaminowałem swoje preparaty, tem więcej utwierdzałem się w tem przypuszczeniu. Od tego czasu starałem się uzyskać szerszą podstawę dla mego zapatrywania i dlatego nietylko nerki, ale cały szereg innych narządów okazujących stan zapalny, przewlekły, poddałem ścisłemu badaniu w tym kierunku. Przytem przyszedłem do szczegółów pod każdym względem uwagi godnych, rzucających pewne światło na całą przyrodę sprawy zapalnej.

I) Zapalenia śródmiąższowe wątroby.

Do studyjum zapalenia śródmiąższowego wątroby, miałem kilkanaście przypadków różnych postaci, tak zwanej marskości wątroby (*cirrhosis*), jakoteż materyjał z doświadczeń na zwierzętach pochodzący. Były to postacie jużto tak zw. zanikowej, jużto przerostowej marskości. Zapalenie przewlekłe tego narządu u zwierząt, wywoływałem jużto przez wycinanie pewnych jego części, jużto przez wprowadzanie do niego ciał obcych porowatych lub zbitych. Przez to wywołane zapalenie było wprawdzie ograniczone do części uszkodzonej, jakościowo nie różniło się jednak od sprawy rozlanej w całym narządzie. Różnice były tylko ilościowe.

Nie będę opisywał szczegółowo wszystkich przypadków marskości, niepotrzebne powtarzania byłyby wtedy nieuniknionemi. Ograniczę się tylko do rzeczy niezbędnych do zrozumienia przedmiotu i tylko przytoczę przypadki typowe.

1) Przypadek: marskość zanikowa wątroby (*Cirrhosis atrophica*).

N. A., mężczyzna, lat 38, *Ascites, peritonitis obsoleta, hypostasis et compressio pulmonis utriusque.* Badanie mikroskopowe: jestto marskość mono- i multilobularna. Sprawa zapalna okazuje różne okresy rozwoju. W niektórych przestworach portalnych nowo powstała tkanka łączna jest już w wyższym stopniu zorganizowana. Składa się z włókien po większej części równolegle do obwodu zrazików przebiegających i zawiera nieznaczną ilość komórek, o jądrach wielkich, owalnych, mało wrzecionowatych. W innych miejscach przeważają komórki, o jądrach okrągłych małych, lub komórki wielojądrowe, niczem nie różniące się od leukocytów. Jądra tych ostatnich wypełnione są w całości istotą chromatyczną, albo jestto tylko skupina ziarn mniejszych lub większych silnie safraniną się barwiących bez wyraźnej osłonki jądra. Inne wreszcie komórki mają jądra o wyraźnej osłonce, a małej ilości istoty chromatycznej. Co do rozmiarów, to są one nieraz znacznie mniejsze od małych leukocytów, w innych razach przewyższają je i stanowią tem samem przejście do owych komórek, o jądrach wielkich, owalnych, ubogich w chromatynę. Lecz nie są to te komórki, które na całą naszą uwagę zasługują.

W opisach marskości wątroby znajduje się w literaturze zazwyczaj ten obraz, że w środkowych częściach przestworów międzyzrazikowych tkanka łączna okazuje najwyższe stopnie organizacyi, to jest zawiera mało jąder, a tylko przy obwodzie zrazika naciek drobnokomórkowy jest najobfitszy. Otóż w przypadku tym zasada ta ma bardzo liczne wyjątki. W niektórych przestworach nietylko nie znajdujemy na obwodzie większej ilości jąder niż w częściach środkowych, ale w ogóle ta tkanka łączna przedstawia nam zupełnie inne cechy. Przypatrzmy się bliżej jednemu z takich przestworów. Większa część tego przestworu utworzona jest z jakiejś istoty bladej, jednolitej, podzielonej przez zielonawo-żółtawe linijki na różne pola. Te ostatnie mają rozmiary i budowę bardzo różne, okrągłe, owalne, wrzecionowate i wieloboczne. W innych razach pola te przedstawiają się tylko jako blade, małe przestwory między licznemi linijkami w różnych kierunkach krzyżującemi się. W ogóle w pewnych miejscach przeważa owa siatka, w innych owa jednolita istota. W przebiegu owych linijek szaro-żółtawych, często w punktach węzłowych, spotykamy jądra okrągłe, owalne lub wrzecionowate lub zamiast wyraźnych jąder tylko małe ziarenka wydłużone albo kształtów nieregularnych. Dalszem zjawiskiem uwagi godnem w tych polach na pozór jednolitych są wyraźnie widoczne kontury okrągłe, odpowiadające i kształtami i wielkością ciałkom czerwonym krwi.

Tylko w niektórych polach owej na pozór jednolitej i to tylko przy znaczniejszem powiększeniu można odkryć kontury ciałek czerwonych; w innych częściach i owa istota i owe linijki zielono-żółtawe, dzielące ją na małe odcinki przeszły zupełnie w tkankę łączną. Ciałka czerwone zlane w ten sposób w jedną masę straciły zupełnie swój barwik, który nagromadzał się na obwodzie ich skupin w postaci owych linijek szaro żółtawych, barwy hemoglobiny. Obok większych pól, w których mieści się po kilka ciałek czerwonych, o widocznych konturach, znajdują się i daleko mniejsze, odpowiadające jednemu lub dwom ciałkom czerwonym.

O bliskim związku histogenetycznym ciałek czerwonych z tkanką łączną świadczy zachowanie się przestworów międzybeleczkowych na obwodzie zrazików, mianowicie w tych miejscach, gdzie nowo-powstająca tkanka łączna wnika z obwodu między beleczki zrazikowe. Dawny przestwór włosowaty, wypełniony jest siatką, o bardzo cieniutkich włókienkach z jednej ściany naczynia włosowatego ku przeciwległej przebiegających i krzyżujących się z sobą w różnych kierunkach. W punktach węzłowych tej siateczki widzimy skupiny masy prawie jednolitej, z której owa siatka się poczyna. W pewnych miejscach owa istota nagromadzona w punktach węzłowych nie jest tylko ciałkiem czerwonem, zawierającem hemoglobinę, z którego wychodzą wyżej wspomniane wypustki jako delikatna siatka. Włókienka tej siatki mają wyraźną barwę hemoglobiny t. j. żółto-zieloną. Komórki wątrobowe zachowują się zupełnie biernie, pierwoszcze okazuje różne okresy rozpadu, jądra nigdzie nie zdradzają czynności proliferacyjnej. W izolowanych komórkach można było spotkać na obwodzie więcej jąderek podobnych do leukocytów. Jądro komórki wątrobowej znajduje się zdala od tych obwodowych mniejszych jąder, zawiera bardzo nieznaczną ilość chromatyny i nigdy w niem nie zauważyłem figur karyjokinetycznych, jak wogóle nigdzie w tym przypadku figur

tych nie znalazłem. Owo nagromadzenie jąder podobnych do leukocytów w obwodowych częściach zanikających komórek wątrobowych uważać muszę za pierwsze objawy tworzenia się tak zw. pseudokanalików, których w tym przypadku jest zresztą bardzo nieznaczna ilość. (C. d. n.)

II. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj Prof. Dra Madurowicza.

O mięsieniu i zastosowaniu tegoż do leczenia chorób ginekologicznych, a w szczególności wysięków zapalnych w miednicy małéj.

Podał
Dr. Maksymilijan Cercha,
drugi asystent téjże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 33).

Prace Brandta naturalnie sprawiły, że lekarze zajmujący się ginekologiją zaczęli jéj doświadczać, zdobycze swoje ogłaszali; to też od tego czasu datuje się ożywiony ruch literacko-naukowy w tym przedmiocie. Jedni widzieli w sposobie Brandta jedyny sposób trwałego leczenia wszystkich niemal chorób ginekologicznych bez leków i noża; inni znowu, nieraz nie znając zasady i sposobów wykonywania, odmawiali jéj znaczenia, a co więcéj sądzili, iż metoda ta nie da się wykonać z powodu tego, że jest forsowną, że sprowadza rozdrażnienie nerwowowe i nareszcie, że nie ma względu na wstydliwość kobiety. Tak mniemał o niéj prof. Malmsten, nazywając ją *ein ungebührlicher Eingriff in die Geschlechtssphäre des Weibes* i takiż niekorzystny sąd wydał o niéj Reibmayr w swem dziełku [1]). Dotyczyć to miało szczególnie tak zwanego unoszenia macicy, a to dlatego, że zabieg ten wymaga obecności dwóch lekarzy, co w praktyce ginekologicznéj jest rzeczą niemożliwą.

Prawda naturalnie i tu leży w pośrodku. Metoda ta ma zapewne pewne ujemne strony, dotyczączące ułożenia choréj, pozycyi lekarza wykonywającego unoszenie, daléj obecność drugiego lekarza, który palcem w pochwie odpowiednio ułożonym kontroluje ruchy unoszenia, także może być choréj nieprzyjemnem, nareszcie i dosyć długi czas trwania zabiegu, jeżeli się uwzględni, że po unoszeniu następuje mięsienie więzadeł macico-krzyżowych, daléj oddalanie kolan przy wzniesieniu krzyży i nareszcie trzepanie okolicy krzyżowéj i lędźwiowéj. Jeżeli się jednak uwzględni skutek zabiegu, daléj to, że omijamy tym sposobem drogę operacyjną, którą kobiety dotknięte chorobami nie zagrażającemi ich życiu nie łatwo wybierają, a która, szczerze mówiąc, także nie daje rękojmi trwałego wyleczenia, to większa część chorych podda się leczeniu i nawet wkrótce nabiera do niego zaufania, jeżeli lekarz zachowuje mozliwe ostrożności.

Wynikiem polemiki i tego zajęcia się metodą są bardzo liczne prace umieszczane w pismach lekarskich, a i obecnie prawie każdy miesiąc przynosi nam coś nowego w tym względzie, że tu przytoczę pracę: Aspa [2]), Rosensteina [3]), Greulicha [4]), Prochownika [5]), Bungego [6]), Rescha [7]), Preuschena [8]) i innych. Każdy z piszących stara się podać na podstawie własnych prób pewne wskazówki odnośnie do racyjonalnego i należytego stosowania metody. Rok 1886 stanowi dla Brandta i jego metody nową epokę. Dr. Profanter z Wiednia, poznawszy wyniki leczenia sposobem Brandta w klinice profesora Bandla, udał się do Sztokholmu, aby sobie pod okiem Brandta metodę przyswoić, nadto porozumiawszy się z prof. Schulzem w Jenie, namówił Brandta i asystenta jego Dra Nissena, że ci w celu poddania metody krytyce umiejętnéj i zyskania dla niéj aprobaty jednéj z powag naukowych, udali się do Jeny i tam w klinice prof. Schulzego leczyli 16 przypadków chorób ginekologicznych, poddając wyniki krytyce Schulzego. To dało powód do wydania broszury przez Profantera [1]) z przedmową Schulzego, w któréj tenże z uznaniem wyraża się o metodzie, mówiąc, że wzbogaciła ona bardzo naszą dotychczasową terapiję.

Od tego czasu co rok jeżdżą lekarze do Szwecyi, aby pod okiem sędziwego, lecz pełnego sił Brandta nabrać wprawy w wykonywaniu zabiegów, od tego też czasu wydano kilka prac o sposobie Thure-Brandta, między któremi należy przedewszystkiem wymienić pracę Rescha [2]) i Seifarta [3]). Z lekarzy Polaków byli w Sztokholmie: Prof. Jordan z Krakowa i Dr. Bylicki ze Lwowa. Pierwszy opisał sposób Brandta i choroby, przy których jest wskazany, w *Przeglądzie Lekarskim* [4]). O wyleczeniu wypadnięcia macicy metodą Brandta pisał Dr. Strojnowski ze Lwowa [5]) i mówił o nim na zjeździe lekarzy i przyrodników we Lwowie w r. 1888. Dr. Sielski [6]) pisał również o metodzie Brandta i wydał o niéj bardzo niekorzystny sąd, przez co naraził się na ostrą krytykę ze strony Arendta w artykule jego z 1890 r. Nie wszyscy jednak są tak szczęśliwi, że mogą poznać metodę u jéj źródła, a chociaż dłuższego potrzebują czasu, aby poznać zasadę i nabrać odpowiednéj wprawy, mogą przecież zapoznawszy się z literaturą, po dłuższych próbach, wykonywanych bądź w klinikach lub szpitalach, dojść do tego, że z korzyścią dla chorych zajmować się mogą leczeniem chorób ginekologicznych mechanicznym sposobem. Przy dobrych chęciach wytrwałości i pracy można się spodziewać pomyślnych skutków. Zawsze jednak leczenie tą metodą musi zostać własnością niewielu, gdyż aby je wykonywać, trzeba być biegłym w dokładnem rozpoznawaniu chorób i zboczeń dotyczących macicy i jéj otoczenia, czego naturalnie od wszystkich lekarzy wymagać trudno, a kto, jak mówi Seifart, potrzebuje sondy, aby w prawidłowych stosunkach rozpoznać, czy macica jest ku przodowi lub ku tyłowi zgięta, ten niech się do mięsienia nie zabiera. Nie wielu też lekarzy tym sposobem leczenia się zajmuje i z powodu braku czasu, gdyż zabiegi te dosyć mozolne, jeżeli mają odnieść pożądany skutek, należy je wykonywać dokładnie i systematycznie. Są niektórzy nawet tego zdania, że leczenie to powinny prowadzić osoby nie fachowe, lecz akuszerki lub posługaczki, bo ono ma ubliżać powadze lekarskiéj. Na to dosyć przytoczyć słowa wielkiego Listera, który operując w odbytnicy, miał powiedzieć, że lekarze o tyle od innych są szczęśliwsi, że cokolwiekby robili około chorego dla jego dobra, nic ich powadze ubliżyć nie może. Dlategoto leczenie za pomocą mięsienia nie zawsze odnosiło skutek, bo wykonywali je ludzie, co nie pomódz, lecz zaszkodzić mogli; pomocą prawdziwą może ono być tylko w rękach lekarza.

O działaniu fizyjologicznem mięsienia możemy powie-

[1]) *Die Massage und ihre Verwertung in den verschiedenen Disciplinen der Medizin*, Wien, 1883. — [2]) *Ueber Massage des Uterus. Nord. med. Archiv*, B. X. 1879. — [3]) *Centralblatt für Gynaekologie*, 1881, Nr. 13. — [4]) *Wiener klinik*, 1882, Juli. — [5]) *Deutsche med. Wochenschrift*, 1882, Nr. 32, 33. — [6]) *Berliner klin. Wochenschrift* 1882, Nr. 25.— [7]) *Centralblatt für Gynaekol.*, 1887, Nr. 32. [8]) *Centralblatt für Gynaekol.*, 1888, Nr. 13 i 30.

[1]) *Die Masagen in der Gynaekologie*, Wien, 1887. — [2]) Thure-Brandts. *Heilgymnast. Behandlung weibl. Unterleibskrankheiten*, Wien, 1888. — [3]) *Die Massage in der Gynaekologie*, Stuttgart, 1888. — [4]) *Przegląd Lekarski*, rok 1889, Nr. 43 i 44. — [5]) *Przegląd Lekarski*, Kraków, 1878, Nr. 37. [6]) *Centralblat für Gynaekologie*, 1889, S. 4.

dzieć, opierając się na rozlicznych, a bardzo dokładnych pracach, dokonanych na zwierzętach przez Mosengeila, Danilewskiego, Zabludowskiego i innych, że wywiera ono wpływ bezpośredni mechaniczny przez to, że opróżniając naczynia limfatyczne, przyczynia się do wessania szybkiego wysięków, przesięków i wylewów krwawych, do rozluźnienia nieprawidłowych zrostów i pośredni przez zmianę krwi obiegu, drażnienie mięśni bezpośrednie lub pośrednie drogą odruchów i przez to wpływa na szybszą przemianę materyi z czego wynika zmiana w odżywianiu tkanek. Z działania tego łatwo można uczynić wniosek, w jakich to przypadkach przedewszystkiem możemy się spodziewać dobrych wyników z mięsienia w przebiegu chorób ginekologicznych. Słusznie też Resch w artykule swoim[1]) wymienia następujące choroby narządów rodnych kobiecych, w których mięsienie daje w stosunkowo krótkim czasie pomyślne rezultaty i wypełnia braki innych znanych środków leczniczych.

1) Zapalenia przewlekłe i przyostre w miednicy małéj i wynikłe stąd zmiany w położeniu macicy i jéj części dodatkowych.

2) Krwistek zamaciczny i towarzyszące téj sprawie zmiany zapalne na otrzewny.

3) Zapalenie przewlekłe macicy.

4) Obniżenie i wypadnięcie macicy.

To są w rzeczy saméj najważniejsze wskazania, na które zresztą wszyscy się zgodzą.

Mięsienie nie jest tak niewinnym zabiegiem, aby sobie w każdym przypadku i w każdym czasie pozwalać gnieść do woli; w ten sposób moglibyśmy nieraz bardzo zaszkodzić; to też istnieją pewne ścisłe przeciwwskazania. I tak nie należy stosować mięsienia w okresie zapalenia ostrego; w sprawach zapalnych na tle zakażenia, a więc w rzeżączce i gruźlicy w ropniach i nowotworach złośliwych. W pierwszym razie zapalenie może się powiększyć, w drugim sprawa może się uogólnić w ustroju drogą naczyń, a nareszcie przy nowotworach byłaby to praca Syzyfa, a nadto moglibyśmy przez ucisk i nawał krwi wywołać krwawienie. Co się tyczy obniżenia i wypadnięcia macicy, to i w tych razach, jeżeli powłoki brzuszne są mocno napięte lub bardzo tłuste, jeżeli mamy zanik macicy lub osoby zgrzybiałe, u których tkaniny straciły już swą żywotność, a choroba trwa bardzo dawno, to lepiéj nie zaczynać, bo nadzieja nasza zwykle bywa zawiedziona. Aby mięsienie przyniosło pożądany skutek, trzeba wiedzieć: co? kiedy? i jak? mamy masować.

Pierwsze pytanie rozstrzygnie dokładne rozpoznanie, na które stać tylko lekarza obeznanego ze sposobami badania ginekologicznego. Co się tyczy pytania, kiedy można mięsienie rozpocząć, to zdania są podzielone. Thure-Brand, a za nim część jego uczniów, używa mięsienia w każdym okresie sprawy zapalnéj, rozumie się samo przez się, że inaczéj masuje podczas zapalenia ostrego, gdy istnieje znaczna bolesność, bo mięsi bardzo oględnie, krótko, lekko, używając przeważnie ruchów drżących i czyniąc pewne przestanki, poczem poleca okłady. W przypadkach dawniejszych, gdzie gorączka minęła, bolesność jest nieznaczna, wysięk twardszy, masuje silniéj i dłużéj, a choréj pozwala chodzić. Z początku swéj praktyki Brandt podczas regularności leczenie przerywał, dopiero gdy Dr. Nissen przyszedł do przekonania, że u chorych, które się na to zgodziły, mięsienie podczas peryjodu nie tylko nie szkodzi, ale nawet czas leczenia wobec większego przypływu krwi do części rodnych i większéj wrażliwości nerwów naczynioruchowych staje się o wiele krótszym, poleca Thure-Brandt mięsienie w okresie regularności, a do zdania tego przyłączają się Resch i inni.

[1]) *Centralblatt f. Gynaekologie,* 1887, Nr. 32.

Należy jeszcze odpowiedzieć na pytanie, w jaki sposób mięsienie wykonywać należy? Wiadomo Panom, że technika mięsienia bez względu na to, w jakiéj gałęzi medycyny ją stosujemy, posługuje się pewnemi stałemi rękoczynami, które różne mają znaczenie, odnośnie do wpływu, jaki wywierają na obieg krwi, na czynności mięśni i nerwów. Nie chcę wyliczać wszystkich nazw przeważnie francuskich, których mamy wyżéj tuzina, powiem tylko, że czterech z nich w ginekologii najczęściéj się używa t. j. *effluerage, vibrations pointées et profondes, massage à friction,* i *tapotement.* Pierwsze są tylko słabszem lub silniejszem głaskaniem wykonywanem dośrodkowo trzecią falangą czterech palców, drugie są to ruchy drżące, przyczem układamy rękę krogulcowato na odpowiednem miejscu i wprawiamy ją w ruchy drżące, trzecie są to ruchy koliste, które również wykonywamy ostatnią falangą palców, a palec duży jest niejako osią, ostatnie jestto trzepanie, które wykonywamy brzegiem rąk od strony palca małego, przyczem ręce są wyprostowane lub lekko zgięte. Musimy jednak mieć na względzie, że Brandt leczy z jednéj strony sprawy zapalne, używając ku temu ruchów wyżéj wymienionych, z drugiéj strony zaś leczy obniżenie i wypadnięcie macicy sposobem oryginalnym, którego jest wynalazcą, a mięsienia używa tylko jako środka pomocniczego, główne zaś rękoczyny, t. j. tak zwane unoszenie macicy (*Uteruslüftung*) oddalanie i zbliżanie ud (*Knieteilung unter Kreuzbeinhebung*) są to zabiegi nie mające wiele wspólnego z mięsieniem.

Jak się jedne i drugie zabiegi wykonywa, opisywać nie będę, raz dlatego, że musiałbym powtórzyć dosłownie to, o czem już wielu pisało, a powtóre, że opis ten mimo dokładności nie daje należytego obrazu techniki wykonania. Kto chce zapoznać się z tą sprawą bliżéj znajdzie dokładny opis w pracy Rescha lub w artykułach Preuschena, prof. Jordana, świeżo ogłoszonéj pracy Arendta[1]). Według słów Brandta należy zawsze zaczynać mięsienie łagodnie i to więcéj w okolicy wypociny, a skoro tkliwość jest znaczna, masować należy krótko, robiąc przestanki i używać najwięcéj ruchów drżących, które nie zwiększają lecz zmniejszają bóle. Gdy się sprawa polepsza, posiedzenia mogą trwać dłużéj, a mięsienie może być silniejsze. Wszystkie ruchy należy wykonywać dośrodkowo, a zatem przy mięsieniu części dodatkowych macicy ku téj ostatniéj, a przy mięsieniu macicy ku ujściu wewnętrznemu. Kiedy w ostatnich trzech latach leczenie chorób kobiecych za pomocą mięsienia stało się głośnem, a wszystkie dzienniki lekarskie podawały wyniki spostrzeżeń i prób pomyślnych w tym kierunku wykonanych, kiedy wreszcie prof. Jordan powróciwszy ze Sztokholmu w Tow. Lek. zasady metody Thure-Brandta przedstawił, a sposób leczenia wypadnięcia macicy za pomocą unoszenia na fantomie pokazał i do doświadczeń i prób zachęcał, nabrawszy przekonania, że sposób ten leczenia jest uzasadniony i racyjonalny, postanowiliśmy zastosować go w klinice prof. Madurowicza w odpowiednich przypadkach, na co otrzymaliśmy od niego zezwolenie. (C. d. n.)

[1]) *Berlin. klin. Wochenschrift,* 1890, Nr. 1, 2 i 3.

III. O możliwości skaleczenia tętnicy nadbrzusznéj dolnéj (*arteria epigastrica inf.*) przy paracentezie jamy brzusznéj.

Podał
Dr. Rudolf Trzebicky,
docent chirurgii w Uniwersytecie Jagiellońskim.

(Dok. Patrz Nr. 33).

29) Zwłoki 28-letniego mężczyzny, zmarłego z powodu raka żołądka. Brzuch nieco wzdęty, powłoki brzuszne napięte, obwód 79 cm., odległość pępka od spojenia łonowego jakoteż i od *spina ant. sup.* wynosi po 17 cm. Oba miejsca wyboru schodzą się z brzegiem zewnętrznym mięśnia prostego. Tętnice zaś, z których prawa odległa jest $2\frac{1}{2}$ cm. od miejsca wyboru, 5 cm. od linii środkowéj, a 6 cm. od pępka, mierząc w owéj linii skośnéj, lewa zaś tętnica $3\frac{1}{2}$, 4 i 5 cm. (biorąc te same wymiary), oddają dość grube ku zewnątrz biegnące gałązki, odchodzące 5 cm. powyżéj pępka, które się krzyżują z miejscem wyboru.

30) Zwłoki bardzo tłustéj kobiety, zmarłéj z udaru mózgowego. Podściółka tłuszczowa na brzuchu 6—7 cm. gruba, obwód 82 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 16 cm., od *spina ant. sup.* 14 cm., wysklepienie powłok brzusznych = $13\frac{1}{2}$—17—24 cm. Zewnętrzny brzeg prawego mięśnia prostego leży $\frac{1}{2}$ cm. na wewnątrz od punktu Monro-Richtera, tętnica zaś prawa biegnie $1\frac{1}{2}$ cm. od tego ostatniego, a $4\frac{1}{2}$ cm. od linii środkowéj. Brzeg zewnętrzny mięśnia prostego lewego znajduje się 1 cm. na zewnątrz od miejsca wyboru, tętnica zaś lewa przebiega przez punkt Monroa.

31) Zwłoki 44-letniéj z *endocarditis ulcerosa* zmarłéj kobiety. Brzuch wysklepiony z powodu miernego stopnia puchliny, a wysklepienie to = 10—$13\frac{1}{2}$—20 cm., obwód brzucha 80 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 18 cm., od *spina ant. sup.* $14\frac{1}{2}$ cm. Oba mięśnie proste brzucha sięgają aż do miejsca wyboru, które jest pokryte grubszemi gałązkami mięśniowemi, podczas gdy *art. epigastrica* biegnie 1 cm. na wewnątrz od tegoż, a $3\frac{1}{2}$ cm. od linii środkowéj.

32) Zwłoki 53-letniéj kobiety, zmarłéj z duru plamistego. Brzuch wysklepiony, puchlina mierna, obwód 70 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 19 cm., od *spina ant. sup.* 15 cm. Mięsień prosty strony lewéj sięga aż do miejsca wyboru, ponad którym przebiega dość spora gałązka tętnicza, tętnica zaś leży 2 cm. na wewnątrz. Stronę prawą zwłok zachowano celem przeprowadzenia innego badania.

33) Zwłoki wyrobnika 57-letniego, zmarłego z raka wątroby. Miernego stopnia *ascites*, brzuch wysklepiony (13—17—22 cm.), odległość pępka od spojenia łonowego i od *spina ant. sup. ossis ilei* wynosi po 15 cm. Brzeg zewnętrzny mięśnia prostego leży po obu stronach 1 cm. na zewnątrz, podczas gdy tętnica 1 cm. na wewnątrz od miejsca wyboru.

Jeżeli teraz krótko przejdziemy wynik naszych badań, to znajdziemy, że w grupie pierwszéj z 25 zwłok, u 5-ciu (to jest Nr. 5, 12, 16, 19 i 20) tętnica nadbrzuszna (*art. epigastrica*) przebiegała przez ogólnie zalecane miejsce do punkcyi i to w jednym przypadku (Nr. 19) nawet po obu stronach. Daléj w 3 przypadkach (to jest Nr. 9, 16 i 20) odległość pomiędzy tętnicą, a miejscem wyboru była mniejszą niż 1 cm. Wreszcie w 7 przypadkach (z czego w 2 przypadkach nawet po obu stronach) przekonaliśmy się, że *lege artis* wkłuty trójgraniec natrafiał na grubszą gałązkę tętniczą.

W drugiéj, z 10 przypadków złożonéj grupie znaleźliśmy, że tętnica w 2 przypadkach (to jest Nr. 26 i 30) a w jednym z nich obustronnie przebiegała przez miejsce wyboru, w jednym zaś przypadku (Nr. 24) była od tegoż miejsca oddaloną tylko o $\frac{1}{2}$ cm. W téj grupie spotkaliśmy również 6 zwłok, u których grube gałązki tętnicze przebiegały nad punktem Monroa. Że zaś skaleczenie takiéj gałęzi może być zgubnem, dowodzi przypadek P. Bernarda przytaczany przez Hyrtla[1]), a dotyczący kobiety, która po paracentezie jamy brzusznéj, zginęła z powodu krwotoku wewnętrznego, wywołanego uszkodzeniem téj gałązki tętniczéj. Zresztą już Jarjavay zwracał uwagę na „nieprawidłową boczną gałąź *art. epigastricae*, która ku górze i zewnątrz do klatki piersiowéj biegnie i którą przy paracentezie jamy brzusznéj uszkodzić można“. Zdanie to możemy najzupełniéj potwierdzić, co więcéj, napotkałem gałąź tę tak często, że prawie nie zasługuje ona na miano nieprawidłowéj.

Ponieważ napotkaliśmy tak często na sam pień lub grubszą gałąź *art. epigastricae* w miejscu ogólnie przyjętem dla punkcyi, w grupie pierwszéj na zwłokach o brzuchu płaskim, a w przypadkach takich tylko wyjątkowo wydarzyć się może konieczność wykonania punkcyi, przeto samo przez się nasuwało się pytanie, jakteż rzecz się przedstawi w przypadku, gdyby brzuch ten uległ wzdęciu, czyli jakiemu przesunięciu ulegnie punkt środkowy linii prostéj od pępka do *spina ant. sup.* Na to pytanie starałem się w następujący sposób odpowiedzieć:

34) Na zwłokach 34-letniéj kobiety, o powłokach brzusznych wiotkich, obwodzie brzucha = 69 cm., gdzie odległość pępka od spojenia łonowego 14 cm., a od *spina ant. sup.* $13\frac{1}{2}$ cm. wynosiła, oznaczono dokładnie punkt Monro-Richtera, a następnie przez otwór zrobiony w miejscu pępka wstrzyknięto do jamy brzusznéj wodę. Po wlaniu wody wynosił obwód brzucha 73 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 16 cm., a od *spina ant. sup.* 17 cm. Środek zaś linii prostéj łączącéj pępek ze *spina ant sup. ossis ilei*, względnie do dawniéj oznaczonego miejsca punkcyi, przesunął się o $\frac{1}{2}$ cm. ku dołowi i zewnątrz.

35) Zwłoki 40-letniéj kobiety, zmarłéj z *insuffitien t. valv. bicuspidalis.* Brzuch miernie wzdęty (12—16—22 cm.), powłoki brzuszne wiotkie, puchlina miernego stopnia. Obwód 90 cm., odległość pępka od spojenia łonowego i od *spina ant. sup.* wynosi po 17 cm. Również i w tym przypadku wlano przez pępek wodę do jamy brzusznéj, skutkiem czego obwód brzucha powiększył się do 96 cm., odległość od pępka do spojenia łonowego wynosiła $19\frac{1}{2}$ cm., do *spina ant. sup.* 20 cm. Wysklepienie powłok brzusznych = 12—16—27 cm. Nowo oznaczony punkt Monroa przesunął się względem dawnego o $\frac{1}{2}$ cm. ku dołowi i zewnątrz. Oba mięśnie proste sięgały swojemi brzegami zewnętrznemi 2 cm. na zewnątrz od miejsca wyboru, podczas gdy tętnice przebiegały $1\frac{1}{2}$ cm. na wewnątrz od tegoż. W miejscu wybranem spotkano sporą gałąź ku górze zewnątrz biegnącą. Po wypuszczeniu wody z jamy brzusznéj przez otwór ponad spojeniem łonowem zrobiony w takiéj ilości, aby brzuch powrócił do swéj dawnéj objętości, znaleźliśmy tętnicę o więcéj nieco niż 1 cm. na wewnątrz od pierwotnego punktu Monro-Richtera, a więc mniéj więcéj jednakie stosunki, tak przed jakoteż i po wlaniu wody do jamy brzusznéj.

36) Zwłoki 40-letniéj kobiety. Rozpoznanie: *Nephritis chronica subseq. hypertrophia cordis sinistri.* Powłoki brzuszne wiotkie, brzuch wysklepiony przez miernego stopnia puchlinę, a wysklepienie to = 10—14—20 cm. Obwód 76 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 17 cm., od *spina ant. sup.* $16\frac{1}{4}$ cm. Do jamy brzusznéj wlano przez pępek wody aż do objętości brzucha 87 cm., natenczas odległość pomiędzy pępkiem, a spojeniem łonowem wynosiła 20 cm., pomiędzy pępkiem, a *spina ant. sup.* $19\frac{1}{3}$ cm., wysklepienie zaś brzucha = 10—14—26 cm. Nowy punkt wyboru przesunął się względem dawnego po obu stronach nieco ku dołowi, a 2 cm. na zewnątrz. Brzeg zewnętrzny mięśnia prostego znajdował się po prawéj $2\frac{1}{2}$ cm., po lewéj zaś 2 cm. na zewnątrz od środkowego punktu linii prostéj od pępka do *spina ant. sup.* poprowadzonéj, przez który to punkt przechodziła dość wielka gałązka boczna *art. epigastricae.* Tętnica sama leżała w pierwotnem miejscu wyboru, odległa 6 cm. od linii

[1]) l. c.

środkowéj. Następnie wypuszczono wodę z jamy brzusznéj i przekonano się, że *art. epigastrica* nieznacznie tylko przesunęła się ku linii środkowéj.

Jak wynika z tych 3 doświadczeń, przesuwa się środek linii prostéj od pępka do *spina ant. sup.* poprowadzonéj przy nagłem wypełnieniu jamy brzusznéj płynem, nieco ku dołowi i więcéj lub mniéj na zewnątrz, co w każdym przypadku przemawia na korzyść punkcyi w temże miejscu. Nie należy jednak zapominać, że na zasadzie wyników tych doświadczeń nie możemy czynić wniosków co do stosunków zachodzących u żywych, gdyż takie nagłe powiększenie objętości jamy brzusznéj, zdarzyć się może co najwyżéj w przebiegu gwałtownego niechybnie śmiertelnego krwotoku wewnętrznego w jamie brzusznéj, nagromadzenie się zaś cieczy zawsze tylko powoli postępuje. Prócz tego i codzienne doświadczenie kliniczne nie zupełnie się zgadza z otrzymanemi przez nas wynikami. Rzeczą bowiem jest znaną, że przy mocnem rozdęciu brzucha właśnie przednie części tegoż największemu ulegają rozciągnięciu, podczas gdy z naszych doświadczeń wprost przeciwny wniosek uczynić można. Jeżeli więc teraz krótko zestawimy wynik naszego badania, to dojdziemy do następujących wniosków:

1) W przeważnéj liczbie przypadków środek linii prostéj od pępka do *spina ant. sup.* poprowadzonéj, nadaje się najzupełniéj na miejsce punkcyi, gdyż ani tętnica, ani téjże gałęzie nie zostają w ten sposób uszkodzone, tętnica bowiem przecina ową linię prostą zazwyczaj na granicy pomiędzy $^1/_3$ częścią wewnętrzną, a środkową téjże linii.

2) W poważnéj, choć znacznie mniejszéj liczbie przypadków, może być przecież *art. epigastrica* lub też gałąź téjże uszkodzoną przy punkcyi w miejscu Monro-Richtera wykonanéj.

3) Położenie *art. epigastricae* tylko bardzo rzadko jest po obu stronach jednakowe.

4) Ponieważ tętnica przebiega wewnątrz pochewki mięśnia prostego brzucha, przeto przebieg jéj w znacznéj części zależy od położenia tegoż mięśnia, która to okoliczność sprowadzić może znaczne niebezpieczeństwo przy punkcyi wykonanéj w miejscu Monroa, wobec rozstępu mięśni prostych brzucha. Stosunek jednak mięśnia prostego do tętnicy nie jest stałym, gdyż w niektórych przypadkach zauważyć mogłem, iż po téj stronie, po któréj mięsień prosty leżał więcéj na zewnątrz, tętnica właśnie przebiegała bliżéj linii środkowéj.

5) Wysokość, w jakiéj *art. epigastrica* odchodzi od *iliaca,* zdaje się nie mieć żadnego wpływu na dalszy przebieg téj tętnicy.

Na mocy otrzymanych wyników, należałoby jeszcze podać najwięcéj odpowiednie miejsce dla paracentezy jamy brzusznéj. Otóż biorąc rzecz ze stanowiska anatomicznego należałoby się oświadczyć za wykonywaniem punkcyi w linii białéj, gdyż wtedy jest wykluczoną możność skaleczenia, jakiego ważniejszego narządu (z wyjątkiem chyba przyrośniętéj pętli jelitowéj).

Rozumie się, że nie należy tuż nad spojeniem łonowem wykonywać punkcyi, aby przypadkiem nie wbić narzędzia do pęcherza moczowego. Jeżeliby zaś kto nie chciał z jakiego bądź powodu wykonać punkcyi w linii białéj, temu zalecić możemy zewnętrzną połowę linii prostéj poprowadzonéj od pępka do *spina ant. sup. ossis ilei.* Operującemu w linii białéj zalecić jednak musimy, aby się ściśle trzymał linii środkowéj ciała, gdyż wyjątkowo po bokach linii białéj przebiega dość spora gałązka tętnicza, któréj uszkodzenie może być również śmiertelnem. Przypadek tego rodzaju znachodzimy opisany w rocznikach Schmidta (tom VIII., str. 74).

U 25-letniego mężczyzny zrobiono z powodu *ascites* punkcyję, którą już poprzód 2 razy wykonywano i wypuszczono 11 kwart płynu surowiczego, nie zabarwionego bynajmniéj krwią. Potem wystąpiło u tego człowieka osłabienie i wszystkie przypady krwotoku wewnętrznego, a popołudniu dnia następnego chory umarł. Przy sekcyi znaleziono w jamie brzusznéj skrzepłą krew, a jako przyczynę krwotoku, zranienie nieprawidłowo przebiegającéj gałęzi *art. epigastricae,* która odchodziła od *art. iliaca externa* nieco powyżéj *ligamentum Pouparthi* i oddawała prawie w tem miejscu, gdzie się zwracała ku przodowi i górze dość znaczną gałąź wewnętrzną, która w kierunku skośnym zmierzała do linii białéj i przebiegała na zewnętrznym brzegu téjże. Blizny po 2 dawniejszych punkcyjach znaleziono w samym środku linii białéj, trzecie zaś wkłucie przechodziło więcéj po boku o kilka włókien i uszkodziło ową wewnętrzną gałązkę. Muszę tu jednak dodać, że podobnie przebiegającéj gałązki bocznéj w przypadkach naszych nie spotkałem.

A teraz jeszcze słów kilka o odpowiedniem postępowaniu, w przypadku nieprzewidzianego skaleczenia tętnicy przy paracentezie.

Od czasów Bellocqa posługiwali się lekarze w takich przypadkach pręcikiem z wosku, który wprowadzano do otworu punkcyi i w ten sposób starano się tamować krwotok. Zamiast pręcika z wosku zaleca Dieffenbach wprowadzenie twardego knotka, który po 3—4 dniach można było usunąć. Natomiast Ford radzi w przypadku krwotoku tętniczego ranę po punkcyi z otaczającą skórą ująć w fałd i przez 6—12 godzin pomiędzy palcami uciskać. Obecnie spróbowalibyśmy co najwyżéj tamponady rany po punkcyi gazą jodoformową, a w każdym przypadku groźniejszego krwotoku należałoby wykonać albo okłucie przez skórę, albo też wprost podwiązać tętnicę broczącą. Tylko w przypadkach rozpaczliwych, przy braku narzędzi i jakiejkolwiek pomocy, można tak jak to w mym przypadku uczyniłem, użyć uciskania *art. iliaca,* co jednak nie łatwo i nie zawsze skutecznie da się wykonać.

Dla chirurga-praktyka, wypływa ztąd zbawienna uwaga, aby nigdy się nie zabierał do punkcyi brzucha o samym tylko trójgrańcu, pomnąc na wydarzyć się mogący krwotok (przy operowaniu nie w linii białéj), lecz że winien być zawsze zaopatrzony w potrzebne narzędzia do podwiązania tętnicy.

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Hofmann: *Lehrbuch d. gerichtl. Medizin. 5-te vermehrte u. verbesserte Auflage. Erste Hälfte (Bogen 1—30).* Wien u. Leipzig, Urban u. Schwarzenberg.

Dzieło prof. Hofmanna w przeciągu lat kilku ukazuje się już po raz 5-ty; najlepszy to dowód wielkiéj użyteczności i wielkiego rozpowszechnienia książki podręcznéj. I w istocie przyznać należy bez przesady, że książka w mowie będąca jest najlepszem dziełem i że w żadnym języku nie ma odeń lepszego. Jest ono napisane trzeźwo, z wyczerpującem uwzględnieniem literatury tak, że daje wierny obraz obecnego stanowiska nauki; zasługą jego jest, że nie nuży obszerną kazuistyką, nie uchylając się atoli od podania przypadków ważniejszych i pouczających w formie prostéj i zwięzłéj.

Porównywając wydanie 4-te, ogłoszone przed 3 laty, z obecnem, przekonywamy się, że ostatnie w saméj rzeczy zasługuje na miano pomnożonego i poprawionego. W licznych bowiem miejscach natrafiamy dodatki, służące do wy-

jaśnienia wątpliwych kwestyj i wzorowe uwzględnienie wszystkich prac, ogłoszonych w ciągu ostatniego trzechlecia. Tak np. autor poświęca ustęp o działaniu broni palnéj małego kalibru według doświadczeń Brunsa i Habarta, omawia znaczenie ustawy z dn. 28 grudnia 1887, odnoszącéj się do zabezpieczenia robotników w razie przypadku, jako też podobnéj ustawy niemieckiéj z r. 1884 (str. 317—319), podaje spostrzeżenia Mittenzweiga, tyczące się niedokrewności złośliwéj (str. 356), Reubolda i Diettriecha, zbijające zdanie Zenkera o nagłéj śmierci z powodu kowotoku trzustkowego (str. 358), Paltaufa o dochodzeniu wścieklizny i obrażeniach za życia powstałych, a nie przedstawiających reakcyi (str. 281, 368); bardzo ważnym jest ustęp (str. 373), w którym autor przestrzega przed zbyt pospiesznem przypuszczaniem związku przyczynowego między zapaleniem opon mózgowych a ukaraniem dzieci do szkół uczęszczających, choćby takowe nastąpiło na krótki czas przed zasłabnięciem, gdyż zasada „*post hoc propter hoc*“ jest tu bardzo chwiejną; co najwięcéj można związek taki przypuścić, jeżeli się zdołało wykazać uraz zewnętrzny lub wewnętrzny i jeżeli od tego urazu wywieść można zakażenie ropne; ale i w takim razie należy uznać chorobę li tylko za przypadkową przyranną; szybkie wystąpienie choroby po urazie i bieg jéj jeszcze niczego nie dowodzą. Wzbogaconą jest także literatura powstania gruźlicy wskutek urazu (str. 377). Pomiędzy płynami, poleconemi do odświeżenia plam krwawych, znajdujemy wzmiankę o podanym przez Rezzonica 10% rozczynie kw. szczawiowego (str. 428) i o wodzie destylowanéj nasyconéj kw. węglowym, poleconéj przez Kleina, a poprzednio przez Struvego, daléj o doświadczeniach Katayamy nad nierozpuszczalnością krwi, ogrzanéj poprzednio do 140° (str. 430), wreszcie o sposobie Misuraki (str. 438) i Copemana otrzymywania kryształów hemoglobinowych, które są nader ważnemi nie tylko celem rozpoznania krwi, ale i do rozróżnienia gatunku krwi. W rozdziale o obrażeniu czaszki napotykamy dodatki na podstawie prac najnowszych, oraz o pracy Brouardela nad moczówką cukrową jako następstwie obrażenia głowy (str. 465); w ustępie o symulacyi ślepoty jednoocznéj wspomina autor o najnowszym sposobie, podanym przez Haupta, który polega na tem, że podejrzanemu daje się przed oko rzekomo ślepe szkło białe, przed zdrowe zaś czerwone i każe mu się czytać druk zielony na tle czarnem; ponieważ szkło czerwone pochłania promienie zielone, więc badany okiem zdrowem widzi wszystko czarno; jeżeli zaś mimo to czyta druk przedłożony, to dowód, że go czytał okiem drugiem, a zatem, że ślepotę na tem oku tylko udaje. Próba ta jest dosyć pewną, jednak, jak przekonaliśmy się i uczniom demonstrowaliśmy, wtedy tylko, jeżeli się używa szkła ciemno-czerwonego, a jeżeli się ma przed sobą druk zielony drobny na tle czarnem; jeżeli bowiem szkło jest jasno czerwonem. lub druk zielony jest większy, wtedy czytać go można. W rozdziale o obrażeniu klatki piersiowéj (str. 474) autor opierając się na pracy Littena, Weichselbauma i Petita przypuszcza możność powstania prawdziwego zapalenia płuc krupowego wskutek urazu, co z doświadczeniem sądowo-lekarskiem w zupełności się zgadza; w końcu nieco obszerniéj aniżeli w wydaniach poprzednich zastanawia się nad t. zw. nerwicami urazowemi (str. 477, 478). Kazuistyka wzbogaconą została już to własnemi przypadkami autora, już też to przypadkami obcemi: Krattera, Messerera, van Doremata i sprawozdawcy. Liczba rycin pozostała niezmienioną (88 w pierwszéj połowie). Ukazanie się drugiéj połowy dzieła zapowiedzianem jest jeszcze w ciągu roku bieżącego; zawierać ono będzie ważniejszą część przedmiotu i wątpić nie można, sądząc po sumienności autora, że i ono godnie odpowie swemu zadaniu, że więc tym sposobem dzieło całe utrzyma się na stanowisku swem jako najlepsze ze wszystkich tegoczesnych. *Prof. Blumenstok.*

V. Z międzynarodowego lekarskiego zjazdu w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

Na sekcyi okulistycznéj głównemi przedmiotami rozpraw były: jaglica, sympatyczne cierpienia oczu, anomalije refrakcyi i oftalmometryja. Na jednem z posiedzeń prezydował prof. Helmholtz, któremu urządzono owacyję. Drowi Rostniniemu z Medyjolanu, który wystąpił z dziwnemi zarzutami, prezydujący prof. Wolfring słusznie przerwał głos, chociaż nie w odpowiedniéj formie. Nieprzyjemne to zajście okupiło się przeszło 50 odczytami i referatami, z których wiele było przedyskutowanych. Na wystawie było mnóstwo instrumentów, przyrządów optycznych, opatrunków, wzierników, sztucznych oczu i środków odnoszących się do okulistyki. Zwracaliśmy uwagę z kol. Wicherkiewiczem na prześliczne drobnowidowe preparaty, osobliwie injekcyje błon ocznych i sagitalne cięcia patol. gałek ocznych, wyroby okulisty Schöbla z Pragi, a także na amaurograf dra Wojciechowskiego z Kalisza. — Notujemy tu fakt, iż wśród czasopism i wydawnictw lekarskich w rozmaitych językach, jakie oglądaliśmy na wystawie, spostrzegliśmy tylko jedno polskie, a mianowicie *Nowiny Lekarskie*, znakomicie redagowane. Dla czego inne Redakcyje krajowe nie nadesłały swych pism i wydawnictw? („Przegląd lekarski“ był posłany na wystawę a mianowicie I. półrocze, *przyp. Red.*).

Great attraction zjazdu stanowiły zazwyczaj krótkie odczyty, wypowiedziane na 3-ch posiedzeniach uroczystych przez pierwsze znakomitości na polu medycyny.

I tak na pierwszem posiedzeniu przemawiali: twórca przeobrażenia w sposobie opatrywania ran Lister i słynny Koch.

Pierwszy mówił: „o obecnem stanowisku chirurgii antiseptycznéj“ *(The present position of antiseptic surgery)* i oświadczył, że na drodze doświadczeń poczynionych z różnemi przetworami lekarskiemi pod względem ich działalności antiseptycznéj zdołał wykryć nowy środek trwale antiseptyczny t. j. sinek cynkowo-rtęciowy *(Zink-Quecksilbercyan)*, którego użycie zapowiada niesłychane korzyści przy opatrywaniu ran wszelkiego rodzaju.

Z nie mniejszą ciekawością wyczekiwano przemówienia Kocha, który po mistrzowsku skreślił cały bieg dotychczasowych postępów w dziedzinie bakteryjologii, oraz omawiał trudności w umiejętnem przeprowadzeniu badań, tudzież łatwo zdarzające się pomyłki, które zaćmiewiają należyty pogląd na wyniki umiejętne bakteryjologii. W wykładzie swym zaznaczył wyraźnie Koch, że dotąd bakteryjogija nie zdołała żadną miarą wykryć pierwiastka etijologicznego wielu chorób, a w pewnéj grupie chorób zakaźnych, połączonych z wysypką (jakoto: odra, szkarlatyna, ospa, tyfus wysypkowy) prawdopodobnie stanowią specyficzny przyrzut chorobowy „nie bakteryje“, lecz tylko drobnoustroje pierwiastkowe *(protozoische Mikroorganismen)*, podobnie jak je już prawdopodobnie wykryto w zimnicach, a zbadanie tych mikroorganizmów pod względem ich żywotności i rozwoju należy dopiero do przyszłości.

Co do zastósowania wyników badań bakteryjologicznych do praktycznych zadań medycyny, to oczywistą jest rzeczą, że cała nowa nauka o desinfekcyi, o oczyszczaniu wody za pomocą przesączania, badania powietrza i pokarmów opierają się li tylko na owocach poszukiwań bakteryjologicznych. Co więcéj nawet należy się również od doświadczeń tego rodzaju spodziewać, że pomogą one nam wyświetlić, jak przetwory lekarskie oddziaływają bezpośrednio na bakteryje wywołujące różne choroby, zwłaszcza zaś choroby o przebiegu przewłocznym, przeciw którym nauka lekarska dotąd napróżno albo z bardzo małem powodzeniem walczyła.

To też Koch obecnie całą swoją uwagę zwrócił na wykrycie takich leków, któreby powstrzymywały dalszy rozwój laseczników gruźliczych i pod osłoną tajemnicy zapowiada, „że udało mu się wykryć takie przetwory, które wstrzyknięte świnkom morskim bez jakiéjkolwiek szkody dla ich organizmu, sprowadzały ochronę od laseczników tuberkulicznych, tak, że świnki zdrowe opierały się skutecznie przeszczepianiu gruźlicy, a świnki już gruźlicą dotknięte nie okazywały dalszego rozwoju i sprawa gruźlicza u nich przycichła“. Gdyby w istocie Kochowi udało się wykrycie metody leczenia antibakteryjalnéj gruźlicy, zdobyłby sobie niewątpliwie niespożyty wieniec zasługi i wdzięczność prawdziwą

ze strony całéj ludzkości, w któréj gruźlica w nowszych czasach szczególniéj ogromne robi wyłomy.

Umyślnie trochę obszerniéj naszkicowałem nowe prądy w działalności Kocha, który wbrew swemu zwyczajowi podzielił się z kongresem myślami, zaprzątającemi obecnie jego działalność i kierunkiem niedokończonych jeszcze nowych doświadczeń.

Na ogólnem posiedzeniu odbytem we środę w dniu 6-go sierpnia przemawiali:

1) Prof. Bouchard z Paryża „o sposobach zarażania się i o oporności“ (*Le méchanisme de l'infection et de l'immunite)* a 2) Prof. Axel-Key ze Stockholmu: „o dojrzewaniu młodzieży i o stosunku tegoż dojrzewania do objawów chorobowych u młodzieży szkolnej“.

Na temże posiedzeniu dokonano wyboru sekretarzy, mówiących biegle językami obcemi, oraz wybrano „Rzym“, jako siedzibę przyszłego zjazdu międzynarodowego lekarskiego.

Licznie zgromadzeni lekarze rosyjscy usiłowali zaprosić lekarzy na kongres międzynarodowy do Petersburga, lecz usiłowania ich tym razem spełzły na niczem, albowiem telegraficzna odpowiedź brzmiała odmownie. Tak więc obecnie Petersburg może nie ujrzy w swych murach przedstawicieli nauki lekarskiéj, która, jak w pięknem swem przemówieniu zapowiedział Virchow, pielęgnuje tylko cele humanitarne, a jest zawsze posłanniczką pokoju i postępów na drodze prawdziwéj oświaty!

Na trzeciem i zarazem ostatniem posiedzeniu ogólnem, odbytem w sobotę w dniu 9-go sierpnia r. b. przemawiali:

1) Dr. Horacyjusz Wood z Filadelfii: „o znieczulaniu“ (*of anaesthesia)*;

2) prof. Cantani z Neapolu „o antipyrezie“, a w drugiéj w połowie posiedzenia po przerwie mieli jeszcze odczyty;

3) prof. Meynert z Wiednia: „o współdziałaniu części mózgu“;

i 4) prof. Stokvis z Amsterdamu: „o porównawczéj patologii ras ludzkich, o oporności Europejczyków w krajach podzwrotnikowych“.

W ostatnim odczycie udowadniał Stokvis, że Europejczycy bardzo dobrze znoszą pobyt w gorących krajach i przy zachowaniu należytych ostrożności w sposobach żywienia się oraz dbając o higieniczne urządzenie mieszkań, mogą ustrzedz się wszelkich chorób dziesiątkujących nieraz krajowców, którzy nie przestrzegając tych prawideł ulegają morderczym epidemijom i endemiom. Postępy pod względem higienicznym uczyniły z okrzyczanéj wyspy Jamajki kraj bardzo nadający się do pobytu dla Europejczyków, albowiem śmiertelność tamże obecnie jest mniejszą, aniżeli we Włoszech i w Hiszpanii. Europejczycy nie nadużywając napojów wyskokowych unikną snadnie i gorączki żółtéj, a w miarę zbawczéj działalności higijeny publicznéj zmniejszą się nieskończenie przypadki zimnic, cholery i czerwonki. Co do gruźlicy, to krajowcy o wiele częściéj giną skutkiem téj choroby w krajach podwzrotnikowych, aniżeli Europejczycy; a ciekawy ten fakt naukowy opiera się na dokładnych spostrzeżeniach naukowych prowadzonych konsekwentnie przez całe dziesiątki lat.

Na zakończenie kongresu przemawiał przewodniczący Rudolf Virchow, a żegnając serdecznie wszystkich, szczególniéj zaś lekarzy przybyłych z dalekich stron, uwydatniał raz jeszcze w pięknem przemówieniu, że w Niemczech głowy zaprzątnięte są pracą pokojową, a w pracy téj znikają wszelkie różnice, ras i wyznań religijnych, bo wszyscy do wspólnéj pracy podają sobie bratnie dłonie.

Niemcy nigdy nie zapomną pięknych dni kongresu lekarskiego i wydatnéj pracy naukowéj. W końcu podziękował przewodniczący za poparcie celów kongresu „cesarzowi, państwom związkowym, wszelkim władzom rządowym i miejskim“, a zakończył okrzykiem: „oby prace kongresu pomogły do zbratania się ludzi i do pokoju narodów. Do widzesię w Rzymie“. Delegat Stanów Zjednoczonych Mr. Billings podziękował komitetowi za serdeczne przyjęcie, a również i prof. Schnitzler, jako delegat rządu austryjackiego, w dzięk-czynnem przemówieniu podniósł znakomite sanitarne urządzenie miasta Berlina, wspaniałość wystawy lekarskiéj, która ma rzucić podwalinę do urządzenia muzeum lekarsko technicznego i wypowiedział zdanie nader pochlebne dla obecnego kongresu, który pod względem ilości członków i świetności urządzenia prześcignął kongresy dawniejsze odbyte w Londynie i w Kopenhadze.

Imieniem obcych narodowości przemawiali Csatary delegat węgierski, Dr. Kitasato z Tokio w Japonii, delegat japońskiego towarzystwa higienicznego; prof. Sklifonowski z Moskwy, prof. Thiry z Brukseli, prof. Holmgren z Upsali, prof. Bouchard z Paryża, a w wymownych słowach przemawiał w końcu bardzo pięknie po łacinie, prof. Baccelli z Rzymu, wyrażając podziw dla uczonych Niemiec, uznanie za kierownictwo kongresem, wysokie poważanie dla posiwiałego prezesa tegoż, Virchowa i żegnając wszystkich uczestników słowami: „Do widzenia się w Rzymie“, zakończył swą mowę na którą również po łacinie odpowiedział Virchow, zamykając zarazem uroczyste ostatnie posiedzenie zjazdu, który u wszystkich miłe wspomnienia pozostawi. (C. d. n.).

Dr. Obtułowicz.

Sprawozdanie z II-go Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 33.)

Wykład XXXII. Kol. Obaliński: „O nowym sposobie wypiłowania stępu (*resectio tarsi*).“ Metody operacyi na stopie dają się na pewne grupy podzielić. Jedne służą do dostania się do stawu i wykonania wypiłowania, inne do *resectio tarsi*, inne do amputacyj osteoplastycznych, a najskąpsza ilość sposobów służy do wydalenia drobnych kości śródstopia. Metoda prelegenta powstała wskutek odrazy, jak się wyraził, do przecinania poprzecznego ścięgien, co dawniéj wykonywano. Sposoby Bardenmeyera i Linka właśnie z cięciami poprzecznemi stoją w przeciwieństwie do metody kol. Obalińskiego, który wchodzi nożem resekcyjnym pomiędzy palce stopy i to w przestrzeni między 3 cim i 4-tym palcem, gdyż idąc między niemi nie obraża się ścięgien, a szczeliną tą wprost wchodzimy do kości skokowéj. Rzecz naturalna, że asystenci palce dokładnie od siebie oddalają i z tego miejsca łatwo jest wyłuszczyć kości chore, klinowe i sześcienne.

Wykład XXXIII. Kol. Jasiński: „O kontrakturach histerycznych u dzieci.“ Od dawna zauważył prelegent, że pomyłki rozpoznawcze chorób stawów u dzieci zbyt często się wydarzały, to też zestawił on szereg spostrzeganych takich pomyłek, a objaśniając je fotografijami, opisuje poszczególne przypadki. I tak np. rozpoznano u pewnéj choréj ostre, bo z bólami połączone zapalenie stawu biodrowego. Tych samych rodziców dziecko drugie zachorowało tak samo. Rozpoznano również takie same zapalenie. Badanie bliższe wykazuje nadmierną fleksyję do tego stopnia, że pięta wytworzyła formalny odcisk na pośladku. *Per rectum* nie można było znaleźć żadnéj zmiany. Do tego dołączony silny i głośny kaszel, bez zmian w płucach i brak jakichkolwiek zmian w obydwu stawach biodrowych rzucały podejrzenie histeryi. Chloroformowanie nie powiodło się z powodu silnych napadów owego kaszlu, dopiero suggestyja i cudowna woda z Lourdes przywróciły stan fizyjologiczny. II-gi przypadek dotyczy dziecka 6-letniego z przykurczeniem obu kończyn. Badanie wykazuje przykurczenie, bolesność, obrzęk i odleżyny, a wywiady wskazują na przebyte napady histero epilepsyi. W narkozie wyrównano zmiany i założono spodnie gipsowe; dziecko dostało kontraktury kończyn górnych. Podobne przypadki zauważono z *pes aequinovarus* i skrzywieniem kręgosłupa.

W dyskusyi zabierają głos: Kol. Obaliński, który spostrzegał 3 do 4 razy podobne przypadki, a oprócz niego kol. Bossowski.

Wykład XXXIV. Kol. Gabryszewski: „O neuropatycznych chorobach stawów“ (z przedstawieniem choréj). Kol. Gabryszewski przedstawia sprawę chorób nerwowych stawów wykrytych już przez J. K. Mitschella, a jako szczególny typ choroby opisanych przez Charcota

w uwiądzie rdzenia. T. zw. *artropathia tabidorum* okazuje cały szereg szczególnych i sobie tylko właściwych klinicznych objawów, jako to: 1. powstaje nagle, bez zwiastunów; 2. nie okazuje żadnych objawów zapalnych; 3. zaczyna się zwykle obrzękiem stawów i charakterystycznem obrzmieniem części miękkich sąsiednich; 4. odznacza się zupełną bezbolesnością; 5. sprowadza zwykle ciężkie zniszczenia stawowych części kości, zwolnienie więzadeł i torebki. które się objawiają trzeszczeniem, dyslokacyjami i ogromnie staw cepowy przypominającą ruchomością „*les jambes des polichinelle.*“ Tego rodzaju obrazu nie okazują żadne inne cierpienia stawowe, dla tego też zarówno sam Charcot jak inni francuscy i niemieccy autorowie uważają te zmiany w stawach za osobną chorobę, będącą w ścisłym związku z uwiądem, zależną bezpośrednio od układu nerwowego, a polegającą albo na zmianach w ośrodkach nerwowych (w szaréj istocie sznurów przednich), albo na zwyrodnieniu nerwów obwodowych (Weizsäcker, Sonnenburg). Przeciw temu jednak pojmowaniu rzeczy odezwały się tak poważne głosy, że sprawy téj, jak dotąd, nie można uważać za załatwioną. Szczególnie na kilku posiedzeniach towarzystwa lekarskiego w Berlinie w listopadzie 1886 r., gdzie o téj sprawie obszernie mówiono, wystąpił Rotter ze zdaniem, że wszelkie choroby w stawach w t. z. *arthropathia tabidorum* są tylko przypadkami *arthritis deformans* lub *arthritis traumatica*, a szczególny ich przebieg i szczególne zmiany są wynikiem specyjalnych a niekorzystnych warunków, jakie dla nich stwarza choroba rdzeniowa, (*tabes, syringo-myelia*). Te niekorzystne warunki widzi Rotter w a t a k s y i i a n a l g e z y i, w niesprawnych i niepowściągnionych ruchach i w zupełnéj bezbolesności stawu. Przytoczony przypadek Beusch Wolffa, gdzie chory w marszu złamał sobie nasadę goleni śródstawową, poczem jeszcze szedł bez bólu, dopiero ogromny następowy obrzęk zwrócił jego uwagę, tłomaczy wybitnie powstawanie i rozwój téj choroby. Skutkiem braku bólu chorzy nadużywają cierpieniem dotkniętych stawów i sprowadzają sobie zniszczenia i tak ciężkie zmiany, jakie przedstawia *arthropathia tabidorum*. Zdanie to popiera sam Virchow, który przypuszcza tylko, że upośledzenie odżywienia kości jest tutaj *causa praedisponens*. Nie wszystko jednak można wytłomaczyć tą drogą, a już najbardziéj przeciw temu przemawia najpierw okoliczność, że ta sprawa chorobowa rozwija się najczęściéj w okresie przedataktycznym, potem, że zdarza się i na górnych kończynach nie tak obciążonych i ataksyją nie dotkniętych, wreszcie, że występowała nagle u osób, które kilka miesięcy w łóżku leżały. (Ciekawy przypadek Requarda). Prócz tego badania Lijonvilla, Heidenreicha, Bluncharda wykazały istotne zmiany w kościach, miękkość, porowatość i zwiększenie w dziesięćkroć kanałów Hawersa, a Requard stwierdził zmniejszenie fosforanów wapna na rzecz tłuszczu. Czerny też przypuszcza zaburzenia trofo neuryczne, sprowadzające zwichnięcie równowagi składników organicznych, w stosunku do nieorganicznych w kościach. W naszym przypadku badania nie są jeszcze skończone, więc trudno wypowiadać jeszcze twierdzenia, zdaje się jednak, że pierwotne przypuszczenia Charcota więcéj przemawiają do przekonania. (Przedstawienie choréj).

M. S. l. 48 spostrzegła nagle przed 8 laty w prawem kolanie obrzęk, który po 24 godzinach się zmniejszył, ale kolano pozostało pokrzywione, na wszystkie strony, ruchome, chrupoczące przy ruchach. Po 2 latach to samo stało się z kolanem lewem i od tego czasu chora bez przerwy leży. Kobieta dobrze odżywiona, okazująca wybitne cechy uwiądu rdzenia, ma prawe kolano zresekowane, lewe przedstawia charakterystyczne wejrzenie cierpienia stawu uwiądowego, zgrubiałe, z nierównościami guzowatemi, ruchome na wszystkie strony, pozwala wyczuć masę jakoby olbrzymich myszy stawowych i wydaje się jakby worem pełnym kamieni. Wypiłowany staw przedstawia płaszczyzny stawowe nierówne, zeszlifowane, oderwane całe kłykcie, a torebka stawowa zwyrodniała, pełna wyrośli i kosmków, zawiera całe tarcze kostne, nie pozwalające wyróżnić rzepki, a prócz tego masę drobniejszych kostnych lub chrzęstnych grudek nieregularnych, ale wygładzonych. Dyjafizy kości podudzia szczególnie poprzerastane tkanką łączną i tłuszczem. Sama tkanka kostna jakkolwiek zmieniona, stawiała przy piłowaniu silny opór i raczéj wydawała się stwardniałą niż zanikłą.

Dyskusyja. Kol. Obaliński w przypadku, który spostrzegał, zrobił obustronną resekcyję. Kol. Szuman skłania się do teoryi złamań wskutek ataksyi w wiądzie, gdy kol. Gabryszewski przypuszcza raczéj zmianę w kościach jako powód łatwych złamań.

Wykład XXXV. Kol. T r z e b i c k y: „O k a z a n i e p r e p a r a t u z g o r z e l i s t a r c z é j k o ń c z y n y d o l n é j.“ W okazie przedstawionym przez kol. T. mamy wybitny, a zarazem ciekawy przypadek zgorzeli starczéj, ciekawy dla tego, że krążenie odbywało się tu przez *art. tibialis antica* nader cienką, a *tibialis postica* była zupełnie zamknięta.

Wykład XXXVI. Kol. S a w i c k i: „O c h e i l i j o p l a s t y c e.“ Dobry wynik cheilijoplastyki zależy od użycia płatu z błoną śluzową. Dla tego też operacyje wykonane podług sposobu Langenbecka, Webera itp. dają wargę niekształtną, która kurczy się, obnaża zęby, daje powód do ciągłego ślinienia. Dla uniknięcia tego zaleca kol. Sawicki w tych przypadkach, w których trzeba zadowalniać się płatem bez błony śluzowéj, używać jednego z trzech następujących sposobów.

1) Wszywanie płata zdwojonego, zalecane przez Israëla do załatania lica.

2) Wszywanie płatu zwróconego naskórkiem do wewnątrz, okrwawioną zaś powierzchnią na zewnątrz; przytem jednocześnie zwróconą na zewnątrz powierzchnię należy pokryć płatkami Thierscha. Sposób ten Ritschl stosował z dobrym skutkiem przy plastyce lica.

Wreszcie 3) Wszywanie płata w ten sposób, aby skóra zwróconą była ku zewnątrz, powierzchnia zaś pokryta płatkami Thierscha ku wewnątrz. Ostatnią operacyją zaleca prelegent wykonywać w następujący sposób: Płat czworokątny wycięty z szyi z szypułą na szczęce wywija okrwawioną powierzchnią na zewnątrz, brzeg zaś jego, przeciwległy szypule wszywa w wolny brzeg braku. Jednocześnie okrwawioną powierzchnię okrywa się płatkami Thierscha. Gdy zeszyte miejsce zrośnie się i płatki przyjmą się, szypułę należy przeciąć, płat wywinąć skórą na zewnątrz i wszyć w okrwawione boczne brzegi braku. Tym sposobem szypuła wytworzy brzeg wargi. Sposobu tego prelegent jeszcze nie stosował, przypuszcza jednak, że powinien on dać wargę dosyć kształtną, a nadto usunąć tę niedogodność, jaką tworzy wyrastanie włosów do jamy ustnéj, przy stosowaniu dwu pierwszych sposobów. Niedawno w przypadku powrotu raka szczęki dolnéj zmuszony był kol. S. wykonać plastykę całéj dolnéj wargi, połowę górnéj i części lica. O zastosowaniu płatów z błoną śluzową, mowy być nie mogło, tembardziéj, że chory przed laty dwoma już był operowany sposobem Jaeschego. Kol. S. użył pierwszego z podanych powyżéj sposobów. W tym celu ze skóry szyi wyciął drugi płat czworoboczny z szypułą na szczęce. Płat ten wykręcił okrwawioną powierzchnią na zewnątrz; następnie na brzegu przeciwległym szypule nadciął go na powierzchni 3 cm. tak, że część jego mająca wytworzyć obiedwie wargi, rozdzielona była na dwa czworoboczne płaty. Teraz skórę każdego z tych dwu płatów zagiął w ten sposób, że wytworzył z nich dwa trójkąty, zwrócone przekątnemi ku sobie. Tą drogą otrzymał gotową połowę wargi górnéj i dolnéj. Drugą połowę wargi dolnéj wytworzył już z innego płata, wziętego z okolicy podszczękowéj i zwróconego okrwawioną powierzchnią ku zębom. Wycięty z szyi płat przyszył na licu do błony śluzowéj części sąsiednich, poczem połączył z sobą odpowiednie połowy obu warg. W 8 dni potem przeciął szypułę, oskrobał z ziarniny, zgiąwszy go w środku, zdwoił, szypułę przyszył do zewnętrznéj warstwy wytworzonych poprzednio warg, górny zaś i dolny brzeg do brzegów sąsiedniéj skóry lica. Jednocześnie wykonał transplantacyję Thierscha na szyi. W 10 dni potem okrwawił płat na miejscu zgięcia i połączył z tylnym brzegiem braku. Wszystko w dwa tygodnie potem zagoiło się zupełnie. Zdwojony płat skóry wytworzył wargi bardzo dobre; natomiast połowa wargi dolnéj, zrobiona z płatu pojedynczego skurczyła się i ściągnęła ku dołowi. Pod względem estetycznym wynik był gorszy; część lica poza płatem zapadła się, wskutek czego płat w tem miejscu wystawał

dość znacznie, robiąc wrażenie guzowatości. Aby uniknąć tego, należałoby przy ostatniem wszywaniu płatu wpychać go bardziéj ku wewnątrz, aby tylko zewnętrzną warstwę jego zszywać ze skórą lica. (Dok. nast.)

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 21 sierpnia 1890. Po zjeździe berlińskim zapanowała cisza w świecie lekarskim. Gazety lekarskie zebrawszy sporo materyjału umieszczają skwapliwie sprawozdania, których na długie czasy starczyć będzie, zwłaszcza, iż zapewne niebawem wystąpią krytyki i polemiki, jakie już podczas trwania zjazdu czasami namiętniéj wybuchać zaczęły. Częstym powodem polemiki stają się też mimowolne pomyłki sprawozdawców, jak się to i w sprawozdaniu z naszego zjęzdu chirurgów przytrafiło. Przepraszamy Szan. Kolegów, których dotknęło przypadkowo przekręcenie ich przemówień, sprostowania najchętniéj umieszczamy.

* Na wystawie połączonéj ze zjazdem berlińskim przedmioty wystawione przez firmę Henryka Mattoniego w Franzensbadzie znalazły powszechne uznanie. W celu zapoznania członków Zjazdu z wodą giesshübelską, p. Mattoni dostarczył dla uczty, wydanéj dla członków zjazdu, bezpłatnie 4000 butelek téj wody, która uznaną została powszechnie za smaczny i orzeźwiający napój.

* Influenza pojawiła się w ostatnich dniach we Wrocławiu. Cholera w Hiszpanii rozszerza się, jednak epidemija jest dosyć łagodną.

* W Cieplicach czeskich do dnia 15 sierpnia było gości 5930. W Krynicy do dnia 11 sierpnia 3876. W Iwoniczu 1657 osób.

* Praga czeska. W miejsce prof. Horbaczewskiego, który rezygnował, prof. higijeny Hueppe mianowany został członkiem Rady sanitarnéj czeskiéj.

* W Giessen w obecności W. Księcia, profesorów, studentów i licznych deputacyj odbyło się odsłonięcie pomnika Liebiga, w Gietyndze zaś pomnika Wöhlera.

* **Budapeszt.** Senat sądowo-lekarski dla król. węgierskiego jest już ukonstytuowany. Prezesem mianowany prof. Kovacs, członkami proff. Ajtai, Plóss, Müller, Réczey; dyrektor szpitala Dr. Niedermann, docenci Bakó, Morowcsik, Pertik, Schwarczer, Szabó, Jelenffy i Schüchter, ostatni zarazem jest sekretarzem Senatu.

* **Berlin.** Przyszły zjazd lek. międzynarodowy odbędzie się w Rzymie; następne w Petersburgu i Paryżu.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Prof. Braun z Marburga został powołany na dyrektora kliniki chirurg. do Królewca. — **Bonn.** Docent Dr. Oskar Witzel mianowany profesorem nadzw. — **Heidelberg.** Dr. Herman Klaatsch habilitował się jako docent anatomii opisowéj. — **Strassburg.** W miejsce Jollego powołanego do Berlina, prof. Fürstner z Heidelbergu mianowany prof. psychijatryi.

Nekrologija. W Paryżu zmarł prof. Siredey.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Wiad. Lek.* Nr. 5: Prof. Seifmanna, A. Litticha, J. Kubickiego i Dra Walentowicza: Perlica (gruźlica) bydła rogatego i trzody chlewnéj. (Środki policyjno-sanitarne, oraz policyjno-weterynaryjne). — Wskazówki ochrony od suchot płucnych. — L. Salo: W sprawie lekarzy szkolnych. — Dr. A. Pawlikowskiego: Sprawozdanie fizykatu miasta Lwowa za maj 1890. — Dr. J. K. Wilsona: Sprawozdanie z walnego zgromadzenia Tow. lekarzy galic.

Redakcyja otrzymała:

A. PUŁAWSKI: Żółtaczka złośliwa. (Odbitka z *Gaz Lek.* 1890) in 8-vo, str. 7.

Sprostowanie. W numerze XXXI na stronnicy 447 jest krótka wzmianka przemówienia kol. Sawickiego, którą według słów jego niniejszem prostujemy i przytaczamy. „Zwracam uwagę na konieczność sondowania macicy przed operacyją, by módz w razie ropnego otoku jamę maciczną dokładnie zdesinfekować. Niedawno z powodu zaniechania téj ostrożności sam byłem narażony na przykre powikłanie podczas operacyi. Ponieważ macica była zupełnie ruchoma i ściągliwa, rak zajmował, jak się pierwotnie zdawało, tylko szyjkę maciczną, stan ogólny był dobry, przypadek wydawał się bardzo łatwy do operacyi Tymczasem podczas takowéj, gdy po otwarciu tylnego sklepienia starałem się z powodu obrywania się szyjki uchwycić szczypczykami ciało macicy, ostatnia z powodu ścieńczenia i kruchości ścianek rozerwała się, przytem z jamy maciczněj wylało mi się blisko 2 łyżki cuchnącej prawie posokowatéj masy.

Również zwracam uwagę na ważność powikłania ze strony kiszek podczas przebiegu pooperacyjnego. Może się mianowicie wskutek zapalenia zlepnego wytworzyć zgięcie jelita cienkiego, które powoduje niedrożność. Przypadek taki spostrzegałem na jednym z oddziałów chirurgicznych w Warszawie; pomimo wtórnéj laparatomii i usunięcia przeszkody przypadek zakończył się śmiertelnie.

W tymże samym numerze i téjże kolumnie w wierszu od dołu 16-tym po wyrazach „z powodu uchwycenia w ligaturę moczowodu“ „w jednym z nich przyszło do wycięcia nerki.“

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. B. we Lwowie. List otrzymaliśmy zapóżno, sprostowanie umieścimy w następnym numerze.

Do niniejszego numeru dołącza się ogłoszenie A. Keyssera, fabrykanta chemiczno-farmaceutycznych preparatów w Hanowerze (p. t. Odpowiedź).

W zast. Redaktora odpowiedzialnego: Dr. F. Murdzieński.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 30 Sierpnia 1890. Nr. 35.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Kilka słów o nerwicy języka.

Podał
Doc. Dr. Gustaw Piotrowski.

Dnia 9 kwietnia 1890 r. przybyła do mnie z Krystynopola chora, skarżąca się na silne pieczenie języka, które widocznie musiało być dla niéj bardzo uciążliwe, skoro zasięgała rady miejscowych i okolicznych lekarzy, w końcu zaś mimo bardzo ograniczonych środków materyjalnych udała się do Lwowa na zlecenie jednego z lekarzy z Sokala do kol. Barącza, który ją następnie do mnie odesłał, nie znalazłszy na języku nic nieprawidłowego.

Przedstawiała się ona jak następuje:

Tekla M. l. 74, wdowa. Pochodzi z rodziców zdrowych. Wzrost średni, odżywienie bardzo dobre. Narządy wewnętrzne prawidłowe, z wyjątkiem rozedmy płuc miernego stopnia, oraz miażdżycy tętnic nie bardzo rozwiniętéj. Na nogach dosyć znaczne żylaki. Chorób, oprócz wysypkowych w dziecinnym wieku nie przechodziła żadnych, również nie była nigdy nerwową. Od lat około 5 cierpi także na silne pieczenie nóg i rąk. w mniejszym jednak stopniu. Od lat 3 blisko poczęła doznawać w języku świądu i pieczenia, które się z czasem potęgowało. Pieczenie to nagabywało przedewszystkiem przednią połowę języka, obejmowało jednak, jakkolwiek słabiéj i tylną połowę, oraz podstawę Nie ustępowało ono nigdy, czasem tylko objawiało się w mniejszem nasileniu, czasem znów potęgowało się do tego stopnia, że chora po całych nocach nie sypiała. Kwasy, sól, dotykanie, woda gorąca, zarówno jak bardzo zimna, potęgowały to bolesne pieczenie. Chłodna woda przynosiła chwilowo ulgę. W ostatnich miesiącach spotęgowało się cierpienie w gwałtowny sposób. Chora używała już najrozmaitszych środków: zażywała jakieś proszki i pigułki, piła wodę Vichy, smarowała język maściami i pędzlowała płynami, z których jeden był, jak podaje, tak silny, że cały język był jak w ogniu. Wszystko to nie tylko nie poprawiało, lecz owszem stan pogarszało.

Badanie języka, oraz jamy ustnéj wypadło pomimo tak silnych objawów prawie zupełnie ujemnie. Oprócz pokręcenia i lekkiego rozszerzenia żył języka z boku i na podstawie, większego pofałdowania, oraz zaczerwienienia błony śluzowéj, nie znalazłem nic a nic nieprawidłowego. Język był należycie wilgotny, nie obłożony, smak prawidłowy. Nadmienić jeszcze tylko muszę o zupełnym braku zębów, oraz zaniku wyrostków zębodołowych (*processus alveolares*).

W przypadku tym pragnąłem jeszcze dla całkowitego uspokojenia choréj zasięgnąć rady dermatologa i w tym celu poprosiłem kol. Kossaka, który również nic nie znalazł, oprócz powyżéj opisanych lekkich nieprawidłowości. Poleciłem tedy choréj wstrzymanie się od wszelkich drażniących manipulacyj około języka, utrzymanie jamy ustnéj w jak największéj czystości, częste płukanie chłodną wodą, przepisałem w końcu średnie dawki bromku sodowego, chora bowiem czuła się bardzo rozdrażnioną i osłabioną wskutek bezsenności w ostatnich czasach.

W tydzień potem miałem sposobność obserwować zupełnie podobny przypadek.

Dnia 16 kwietnia 1890 r. przysłał kol. Barącz ze swego oddziału do mnie, jako ordynaryjusza w oddziele dla chorób nerwowych lecznicy powszechnéj we Lwowie, kobietę z objawami będącemi dokładnem powtórzeniem poprzednio opisanych.

Tekla M. lat 74, z zakładu św. Łazarza we Lwowie. Wzrostu dobrego, dobrze odżywiona. Chorób, oprócz zapalenia płuc, nie wymienia żadnych. Badanie wykazało tylko dość znaczną rozedmę płuc, oraz żylaki. Chora cierpiała od 3—4 lat na dokuczliwe pieczenie w nogach. Od 6—8 miesięcy wystąpiło silne pieczenie języka, obejmujące cały ten narząd, oraz błonę śluzową, wyścielającą dno jamy ustnéj obok języka. Pieczenie to potęgują również jak w poprzednio opisanym przypadku kwasy, sól, woda gorąca, zimna natomiast przynosi ulgę w czasie, gdy ją trzyma w ustach. Badanie wykazało jedynie podobne zmiany jak poprzednio, tj. rozszerzenie i pokręcenie żył, oraz większe bruzdowanie bł. śluzowéj języka. Zębów posiadała chora jeszcze kilka dość dobrze zachowanych. Leczenie poleciłem podobnie jak i w pierwszym przypadku.

Trzeci przypadek był następujący:

Dnia 7 maja 1890 r. zasięgała u mnie porady Rachela S. lat 76, żydówka z Brodów, wdowa. Rodzice jéj byli zupełnie zdrowi, ona sama szczupła, zawiędła, nad wiek jednak rzeźwa. Oprócz chorób wysypkowych w dziecięcym wieku, przechodziła tyfus, zimnicę, w końcu przed 12 laty gościec ostry, który następnie przeszedł w przewlekły i trwa jeszcze dotychczas w lekkim stopniu. Była zawsze, jak podaje, nerwowa. Od lat ośmiu cierpi na pieczenie nóg. Od ośmiu miesięcy wystąpiło palenie w całym języku bardzo dotkliwe, zwiększające się pod wpływem tych samych czynników, jak

w poprzednich przypadkach. Zmiany też te same co poprzednio. Wszystkie zęby nosi sztuczne. Ponieważ bromu, którego już poprzednio używała, nie znosi, poleciłem jéj tylko płukanie ust wodą, oraz wstrzymanie się od drażnienia języka.

Te trzy przypadki przedstawiają zupełnie te same objawy, t. j. silne pieczenie języka, połączone tylko z bardzo małemi zmianami patologicznemi. Przypadki te nie dały się podciągnąć pod żadną opisywaną dotychczas kategoryję. Coś podobnego opisuje Albert w artykule „*Zunge*“ w *Real-Encyklopaedie* Eulenburga, jednakże bóle nerwowe wywołane były naroślami o wejrzeniu kłykcin tryprowych, bolesnych przy ucisku. Nie miałem tu również do czynienia z imaginacyjnemi owrzodzeniami, opisywanemi przez autorów francuskich i angielskich. U osób badanych przezemnie nie było można przypuścić ani śladu hipochondryi, stwarzającéj chorobę. Dopiero niedawno pojawił się w *Neurologisches Centralblatt* Nr. 13, wykład prof. Bernhardta na posiedzeniu Towarzystwa psychijatrycznego w Berlinie dnia 8-go czerwca b. r. p. t. „*Ueber eine weniger bekannte Neurose der Zunge und der Mundhöhle*“. W wykładzie tym wspomina o czterech przypadkach podobnego cierpienia języka, które obserwował od r. 1884 u trzech kobiet i jednego tylko mężczyzny. W dwóch przypadkach cierpienie to nie ograniczało się wyłącznie do języka, lecz obejmowało błonę śluzową dna jamy ustnéj, policzków, dziąseł, szczęk. Badanie wykazywało jedynie wybitniejsze pofałdowania i bruzdowania błony śluzowéj, żadnych jednak ani owrzodzeń, ani narośli. Chorzy Bernhardta liczyli wszyscy ponad 30 lat. Mężczyzna cierpiał na dnę i hemoroidy. Choroba zaś języka występowała po użyciu tłustych przypraw i sosów.

Opisywane dotychczas przypadki innych autorów tyczą się bądź podobnych objawów, bądź też, jak już poprzednio nadmieniłem, imaginacyjnych owrzodzeń.

Verneuil wspomina o nich na posiedzeniu Akademii paryskiéj dnia 27 września 1887 r. w wykładzie p. t. „*Des ulcérations imaginaires de la langue*“, gdzie twierdzi, że cierpienie to rzadko się tylko napotyka. W dyskusyi nad tym przedmiotem podnosili Fournier, Lobbé, Laborde, Perrin, Hardy i Diday, że nie jest ono tak bardzo rzadkiem, i że spostrzega się je u osób nerwowych, cierpiących na gościec lub dnę, w końcu jako początkowy objaw wiądu rdzenia pacierzowego (*tabes dorsualis*), lub porażenia ogólnego (*paralysis generalis*). To samo podnosi także i Luys.

Magitot w *Gazette hebdom.* Nr. 48, 1887 r. rozróżnia w artykule „*De la glossodynie*“ postać reumatyczną, która tamuje ruchy języka i neuralgiczną. Z czterech jego chorych w wieku od 35—78 lat dwu było mężczyzn. U dwu była wybitna obawa o raka.

Lefferts w *Medical News* z 17 listopada 1888 roku twierdzi w artykule p. t. „*Imaginary lingual ulceration*“, że cierpienie to w równym stopniu nagabywa mężczyzn jak i kobiety.

Hadden w *Lancet* 1890, Nr. 4 wymienia w artykule „*On a subjective sensation of the mouth in women*“ cztery chore kobiety liczące lat 39, 52, 63, 74. Z pomiędzy tych trzy były nerwowe, u jednéj zaś istniało lekkie pieczenie w końcu języka, które spotęgowało się aż do bólu i rozciągnęło na cały język, na widok brata cierpiącego na raka twarzy. Co do cierpienia opisywanego muszę się zgodzić z prof. Bernhardtem, że jest ono rzadkiem, jeżeli się wykluczy cierpienia wyimaginowane. W literaturze niemieckiéj napotyka się wzmiankę o niem dopiero przez prof. Bernhardta, który pomimo wielkiéj sposobności do tego, zauważył je tylko w czterech przypadkach w ciągu lat 6. Ja nie spotkałem się z nim ani w klinikach berlińskich ani paryskich, dopiero we własnéj praktyce i to w krótkim bardzo czasie, bo w przeciągu 4 tygodni z trzema przypadkami. Trzeba jednak uwzględnić znaczną liczbę chorych, którym się udziela porady lekarskiéj w lecznicy, n. p. w roku ubiegłym 11 502, a na tę pokaźną liczbę przypada tylko jedna chora. Cierpienie to jest tak dokuczliwe, że jak nadmieniłem, chorzy choć niezamożni zdala przyjeżdżali po poradę, tem więcéj nie omieszkaliby w miejscu korzystać z bezpłatnéj rady w lecznicy. Dlatego raz jeszcze wypada zaznaczyć, że cierpienie to stanowczo do rzadszych należy. Większość autorów skłania się do tego, że nagabuje ono przeważnie kobiety. Moje trzy przypadki również to potwierdzają.

Przyczyny téj choroby trudno podać. Niektórzy podnoszą nerwowość, gościec i dnę. Z moich przypadków tylko w trzecim zeszły się razem nerwowość wraz z przewlekłym gośćcem stawowym. Nerwowość ta jednak nie była nazbyt wysoką i nie nosiła nigdy wybitnych cech histeryi, o ile było można stwierdzić przy wywiadach. Gdyby ona zresztą była tak ważnym czynnikiem usposabiającym, to wobec „naszego wieku nerwowego“ należałoby się jéj częściéj spodziewać i z pewnością nie uszłoby ono méj uwadze, jeśli zważymy, że w lecznicy szuka porady jedna trzecia część żydów z wymienionéj liczby chorych, rasy *par excellence* nerwowéj.

Brak zębów, lub też sztuczne, w końcu resztki tychże, mogące drażnić język, wszystko to podnoszone przez innych autorów, znajdujemy i w naszych opisanych trzech przypadkach, ileż jednak starców jest wśród tych samych warunków, a tak mała tylko część podlega temu cierpieniu.

Nieprawidłowości opisane przezemnie, które również i inni autorowie napotykali, jako to silniejsze faldowanie błony śluzowéj, żylaki na podstawie języka itd., wszystko to są objawy zbyt banalne; jeżeli będziemy badać jamę ustną u osób w podeszłym wieku, napotykamy je również bardzo często, a jednak wolne są one od tego cierpienia. Jednem słowem przyczyny jego nie jesteśmy w stanie podać. Ja ze swéj strony zwrócić muszę uwagę na bardzo podeszły wiek mych chorych, a jeszcze większy nacisk położyć na równoczesne pieczenie i swędzenie nóg, lub też i rąk zarazem, właściwe wiekowi podeszłemu, które poprzedzało pojawienie się nieznośnego pieczenia w języku, a które chore za zupełnie podobne uczucie podawały.

Z kolei wypada mi nadmienić o kwestyi imaginacyi w tem cierpieniu.

Chorzy dotknięci tem dotkliwem pieczeniem języka szukają przyczyny i oczywiście nasuwać się także musi myśl o raku języka, chorobie ogólnie znanéj i tak słusznie obawę wzbudzającéj. Nie dziw więc, że szukają, jak to i w naszych przypadkach było przedewszystkiem porady operatorów, a zapewnienie, że nie mają powodu obawiać się téj groźnéj choroby, przynosi wielką rzeczywiście ulgę, lecz jedynie tylko moralną, cierpienie bowiem fizyczne trwa daléj z tem samem nasileniem. W przypadkach tych istniejące cierpienie wywołało podejrzenie raka. Inaczéj się rzecz ma, jeżeli obawa raka, na którego zapadł ktoś z otoczenia, wywoła objawy podobne do opisywanych obecnie, a dzieje się to dość często. W tych razach rzeczywiście nerwowość odgrywa główną rolę. Mogę tutaj przytoczyć przypadek malujący to bardzo dobitnie.

Tyczy się on chorej, liczącej lat 49; dziedzicznie obarczonej, bardzo inteligentnej, egzaltowanej zawsze i bardzo nerwowej. Przechodziła ona klimaktery wśród bardzo ciężkich zaburzeń psychicznych, jak idei prześladowczych i t. d. Równocześnie chorował jej mąż i zmarł na raka w szczęce dolnej. Otóż chora rozpoczęła wówczas skarżyć się na ból i silne pieczenie z boku języka i na zewnętrznej stronie szczęki dolnej, a nawet uczuwała pod palcem guzkowatą narośl. Badanie ze strony operatora nie wykazało najmniejszych zboczeń. Mimo to chora przez długi czas, bo blisko 2 lata wciąż się na to cierpienie uskarżała, twierdząc, że to są początki raka. Po przejściu klimakterów ustały zupełnie zaburzenia psychiczne, a z niemi i to imaginacyjne cierpienie, słusznie przez B e r n h a r d t a *Cancrophobia* nazwane. Tu mamy do czynienia z cierpieniem poddanem, ze suggestyją z *ulcérations imaginaires,* co naszem zdaniem ściśle należy rozróżnić od istotnego cierpienia, które, co łatwo zresztą pojąć, naprowadza na myśl o raku.

Leczenie bardzo mało może dokazać. Zalecana przez B e r n h a r d t a hydroterapija, bromek potasu, pędzlowanie kokainą lub azotanem srebrowym, termokauter i. t. d., jak sam wyznaje, nie przynoszą skutku. Skuteczniej już zdaje się działać elektryczność w postaci bądź prądu stałego, bądź indukcyjnego. Mojem zdaniem, nauczony pierwszym przytoczonym przypadkiem, im mniej się robi, tem lepiej — szczególniej zaś wystrzegać się należy zabiegów miejscowych, choćby na razie ulgę przynosiły, po niej bowiem następuje zazwyczaj pogorszenie. Czystość jamy ustnej, płukanie chłodną wodą kilka razy dziennie, to wszystko, co można choremu zalecić.

II. Z pracowni profesora Cornila w Paryżu.

O udziale krwi w powstawaniu produktów zapalnych.

Napisał

Andrzej Obrzut z Pragi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34.)

2) Przypadek: marskość zanikowa, P. A., kobieta, 70 lat, *Endocarditis chron. valv. bicusp. et aortae. Ascites.* Badanie mikroskopowe. Jestto marskość podobnie jak poprzednia mono- i multilobularna ze znacznie zniszczonym miąższem. Wielka liczba zrazików zastąpiona tu jest tkanką łączną, w której tylko małe wysepki miąższu wątrobowego są widoczne. Przy słabem powiększeniu tkanka łączna w przestworach okołożylnych przedstawia się jako w wysokim stopniu zorganizowana t. j. zawiera bardzo nieznaczną ilość jąder okrągłych podobnych do leukocytów i maleńkich jąder wrzecionowatych. Dopiero przy znaczniejszem powiększeniu znajdujemy, że ta tkanka łączna znajduje się dopiero w pierwszych okresach rozwoju. Jest ona bardzo delikatnie włóknista, miejscami ziarnista. Włókienka tworzą siatkę o oczkach kształtów najczęściej okrągłych, a wymiary tych oczek najzupełniej odpowiadają ciałkom czerwonym. Wolne przestwory oczek bardzo często zawierają pojedyncze ciałka czerwone lub ich małe skupiny, jako takie bardzo łatwo po swych konturach dające się rozpoznać i po barwie hemoglobiny, którą niektóre z nich zawierają.

W rozszerzonych naczyniach żylnych spotykamy daleko większą ilość leukocytów, niż to odpowiada stosunkowi prawidłowemu tychże do ciałek czerwonych. Nie będę tutaj opisywał z wszystkiemi szczegółami zmian, jakie okazuje krew w tych naczyniach. O tem pomówię przy innej sposobności. Tutaj wspomnę tylko o jednem ważnem zjawisku na ciałkach czerwonych. W pewnych naczyniach zachowały one swój barwik, w innych część ich lub wszystkie są odbarwione. Na ciałkach odbarwionych można wtedy na wielu naczyniach zauważyć drobne ziarenka silnie się barwiące, ułożone w postaci koła na obwodzie ciałka, lub też gdy tych ziarenek nie jest wiele, tylko pewna część obwodu jest przez nie zajęta. W innych wreszcie naczyniach spotykamy obok wyraźnych leukocytów, których liczba jest zwiększona, ciałka czerwone nieco mniejsze od prawidłowych, ale mające to charakterystyczne, że się barwią safraniną. Stopień barwienia się tym barwikiem nie jest jednakim. Począwszy od lekkiego odcienia aż do najsilniejszego zabarwienia całej masy ciałka, widzimy różne przejścia. Wśród silnie zabarwionych ciałek widzimy i punkty bezbarwne. Wskutek tego zachowania się względem barwika różnica między temi ciałkami, a leukocytami zaciera się do tego stopnia, że ich odróżnić od siebie niepodobna. Nareszcie znajdujemy przekroje naczyń, w których wśród ciałek czerwonych obfitych w hemoglobinę rozprószone są drobne ziarenka silnie safraniną zabarwione, a zupełnie identyczne z istotą chromatyczną leukocytów.

3) Przypadek: marskość przerostowa (*Cirrhosis hypertrophica*), K. W., mężczyzna, lat 44. *Icterus, Tumor lienis chronicus, Pneumonia lobularis, Oedema pulmonum, Meningitis basilaris.* W przypadku tym mamy do czynienia z marskością na około i wśródzrazikową (*Cirrhosis peri et intralobularis*). Nowotworzenie tkanki łącznej jakkolwiek wybitniejsze w przestworach portalnych i przedstawia się w postaci szerokich ognisk nieregularnie rozgałęzionych, to przecież jest ono i na przestwory międzybeleczkowe rozszerzone i to w sposób rozlany. Wskutek tego konfiguracyja pojedynczych zrazików jest zupełnie zmieniona, beleczki komórek wątrobowych poprzerywane, kierunek ich zupełnie zmieniony, a właściwie są one porozbijane na pojedyncze odłamki, w których trudno wynaleść jakiś kierunek. Przestwory włosowate między beleczkami znacznie porozszerzane i są siedzibą nowowytworzonej tkanki łącznej, która w różnych miejscach okazuje różne stopnie organizacyi. W ogólności w przestworach międzybeleczkowych jest ona w początkowych okresach rozwoju, podczas gdy w przestworach portalnych przedstawia się w postaci grubszych i zbitszych pasm. Najwięcej na uwagę zasługują owe pierwsze okresy nowo-powstającej tkanki, której siedzibą są przestwory włosowate pomiędzy beleczkami wątrobowemi.

Co w pierwszym przypadku marskości zanikowej widzieliśmy w obwodowych częściach zrazików, tutaj spotykamy w całych zrazikach. W przestworach włosowatych pomiędzy sąsiedniemi beleczkami rozpięta jest nadzwyczaj delikatna siatka, której cała budowa uwidocznia się z całą dokładnością na bardzo cienkich skrawkach. Nie jest ona produktem dawnej ściany naczynia włosowatego, które nawet zgrubienia nie okazuje nigdzie, ale powstała przez siatkowatą przemianę ciałek czerwonych. W tej to siatce często spotkać możemy ciałka czerwone lub ich odłamki, które tworząc liczne wypustki, dają początek włókienkom owej siatki. Zamiast siatki spotykamy w niektórych przestworach włosowatych masę drobnoziarnistą, w której budowa siatkowata jest tylko gdzieniegdzie zaznaczona. Po barwie hemoglobiny, po resztkach ciałek czerwonych, łatwo rozpoznać, że jestto produkt ciałek czerwonych. Co do składników komórkowych, to często na dosyć szerokiej przestrzeni przestworu międzybeleczkowego, nie spotykamy ani jednego jądra. Zazwyczaj jednak wśród owej siatki lub mas ziarnistych niewyraźnie siatkowatych spotykamy rozmieszczone jądra małe, okrągławe lub większe, owalne i wrzecionowate. W żadnych z tych jąder nie spotykamy ani śladu objawów dzielenia (mitozy). Podobnie nigdzie nie spotkałem mitoz w komórkach śródbłonkowych. Liczba ich nie zwiększona, a związku między niemi, a jądrami wyżej wspomnianemi nigdzie stwierdzić nie można. Ilość pseudokanalików jest nieznaczna. Są to szeregi jąder owalnych, ułożonych w jednej masie pierwoszcza. Związek ich z istniejącemi jeszcze komórkami wątrobowemi jest często widoczny. Nigdzie nie komunikują one z przewodami żółciowemi, w których nic nie zauważyłem patologicznego i żadnych mitoz. Jądra utworów zwanych pseudokanalikami mają, jak wspomniałem, kształt owalny, podobny do jąder w prawdziwych przewodach żółciowych. Nie jestto jednak regułą bez wyjątku. Często między temi owalnemi jądrami spotykamy inne maleńkie, okrągłe, nieraz mniejsze nawet od leukocytów, obfitujące w chromatynę lub twory absolutnie identyczne z leuko-

cytami wielojądrowemi. Właściwy miąższ, to jest komórki wątrobowe w pewnych zrazikach, są bez żadnych zmian patologicznych. Po większéj części jednak zawierają krople tłuszczu większe lub mniejsze. Rozpad wyraźny tylko gdzieniegdzie można zauważyć.

We wszystkich powyższych przypadkach marskości mieliśmy do czynienia ze sprawą przewlekłą zapalną z wszystkiemi jéj charakterystycznemi cechami, z końcowem jéj zejściem, t. j. wytworzeniem tkanki łącznéj. Pochodzenie zapalne téj tkanki łącznéj nie ulegało wątpliwości. Zależało mi teraz na tem, czy też nowotworzenie tkanki łącznéj w tych przypadkach, gdzie charakter zapalny mniéj jest wybitny, połączone jest z temi objawami, lub czy i jakie zachodzą różnice w obu tych razach. W tym celu zbadałem kilka przypadków zaniku muszkatowego wątroby (*atrophia cyanotica*), jaki zazwyczaj przy wybitnych wadach sercowych spotykamy. Oto jeden z tych przypadków:

S. A., kobieta, lat 24, *Endocarditis tricuspid. et valv. art. pulmon. verrucosa cum insufficientia et stenosi, Hypertrophia dilatat. cordis dextri, Cirrhosis cardiaca hepat. Ascites, anasarca.* Oprócz zwyczajnego obrazu, jaki w podobnych przypadkach zazwyczaj spotykamy, t. j. ogromnego rozszerzenia przestworów włosowatych, zwłaszcza w otoczeniu żyłki środkowéj i następowego zaniku beleczek wątrobowych, znajdujemy w tym przypadku znaczną część miąższu zastąpioną przez tkankę łączną i to w zakresie żyły wątrobowéj. Tak w środkowych częściach zrazików, jako też w otoczeniu grubszych gałęzi tego naczynia spotykamy szerokie pasma tkanki łącznéj z małą ilością składników komórkowych, małych, okrągłych i pseudokanalików bardzo krótkich i po większéj części tylko z jednego szeregu komórek złożonych. Ta nowopowstała tkanka łączna składa się z delikatnych włókienek, krzyżujących się w różnych kierunkach lub ułożonych w pęczki falisto przebiegające. Na bardzo cieniutkich skrawkach i przy silniejszem powiększeniu odkrywamy dalsze szczegóły w téj tkance. Spotykamy tu mianowicie dwa główne składniki; jakąś istotę prawie jednostajną i delikatne szarawe włókienka. Te ostatnie rozprószone są bez ładu bliżéj określić się dającego gęściéj lub rzadziéj w istocie jednolitéj. Często jednak przedstawiają postać kół zupełnie jednakich rozmiarów, a odpowiadających swym kształtem okrągłym ciałkom czerwonym. Te szare linijki, które tu niczem innem nie są jak konturami ciałek czerwonych, w miarę zbliżania się do miejsc z wybitną tkanką łączną powoli tracą swój kształt kolisty i przechodzą w włókienka bez ładu rozprószone. Na odwrót w miarę zbliżania się do sąsiednich przestworów międzybeleczkowych, to utkanie siatkowate przechodzi wprost w ciałka czerwone, zabarwione hemoglobiną. Jądra w téj nowopowstałéj tkance łącznéj są to śródbłonki istniejących dawniéj naczyń włosowatych, resztki zanikających komórek wątrobowych i jądra leukocytów. Zawartość dawniejszych przestworów międzybeleczkowych to jest krew, przemieniła się bezpośrednio w tkankę łączną.

Pod względem powstawania tkanki łącznéj bardzo pouczającem jest zachowanie się tych beleczek wątrobowych, między któremi przestwory włosowate nie uległy jeszcze zupełnemu zamknięciu. Widzimy tutaj obok zanikających beleczek bardzo znaczne zgrubienie ścian włosowatych, a zgrubienie to polega na wytworzeniu licznych włókienek, gęsto obok siebie ułożonych, równolegle z beleczką przebiegających. W innych miejscach zamiast włókienek znajdujemy szeregi ciałek czerwonych przez parcie wśródwłosowate poprzygniatanych ku beleczce. Kształt ich wskutek tego nie jest okrągły, lecz owalny, lub jeszcze bardziéj wydłużony. Te to szeregi ciałek czerwonych przechodzą bez wyraźnéj granicy w włókienka tkanki łącznéj wyżéj wspomniane lub w tkankę więcéj jednolitą. Leukocyty, jeźli takowe wśród tych ciałek czerwonych, ulegających przemianie włóknistéj, się znajdują, nie przedstawiają zmian żadnych lub jądra ich są obrzmiałe, bledsze i mniéj obfite w chromatynę, albo przechodzą w małe komórki wrzecionowate. Dawna ściana naczynia włosowatego nie ma przy tem żadnego udziału i łatwo można wynaleźć granicę między nią, a nowopowstałą tkanką łączną resp. nieprzemionemi jeszcze w nią ciałkami czerwonemi. Na wielu jednak beleczkach granica ta już zanikła i w tych miejscach geneza téj nowowytworzonéj tkanki łącznéj nie jest widoczną. (C. d. n.)

III. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj Prof. Dra Madurowicza.

O mięsieniu i zastosowaniu tegoż do leczenia chorób ginekologicznych, a w szczególności wysięków zapalnych w miednicy małéj

Podał
Dr. Maksymilijan Cercha,
drugi asystent téjże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34).

Zrazu wprawdzie miałem pewne trudności ze względu na to, że nie miałem wprawy w zastosowaniu mięsienia do leczenia chorób ginekologicznych, znając zasady tylko w teoryi, ale mogłem o tyle wziąść się śmieléj do tego, że wykonywałem mięsienie już od dawna w przebiegu chorób innych narządów w zakładzie wodoleczniczym w Krynicy, skorzystawszy ze wskazówek praktycznych i widząc wykonywanie rękoczynów w klinice prof. Mikulicza. Ponieważ zaś wyniki moje były co najmniéj zadowalniające, przeto miałem nadzieję, że i tu będę mógł, stosując się do zasad dotychczas zalecanych, osiągnąć pewne skutki.

Z początku ograniczyłem się do leczenia za pomocą mięsienia wysięków w tkance okołomacicznéj lub wysięków na otrzewny macicy i jéj otoczenia, występujących w przebiegu połogu. Wykonywając zabiegi, trzymałem się wskazówek podanych przez Brandta, a wyłożonych treściwie w dziele Rescha, Schreibera i Reybmayra, jak również korzystając z uwag tych autorów, którzy wówczas o tym przedmiocie pisali. Leczyłem w ten sposób co najmniéj dziesięć chorych, a wyniki jak na początek przeszły moje oczekiwanie, co mogłem wnosić z tego, że chore dotknięte tą samą chorobą i to nieraz w niższym stopniu, które dla porównania poddawałem leczeniu za pomocą kąpieli, stosowania przetworów jodowych w różnych postaciach, daleko dłuższego czasu potrzebowały do osiągnięcia polepszenia; a polepszenie to w porównanie iść nie mogło z wynikami, jakie dawało mięsienie. Równocześnie mogłem stwierdzić, że objawy złego i leniwego zwijania się macicy, które często towarzyszą sprawom zapalnym połogowym, a którego przyczyny szukać należy raz w ucisku, jaki wywiera wypocina na naczynia krwionośne i limfatyczne, a powtóre w podwyższeniu ciepłoty towarzyszącem zapaleniu, pod wpływem mięsienia szybko ustępywały; macica z dnia na dzień się zmniejszała, stawała się twardszą, przyjmując prawidłowe położenie, a odchody różowe lub brunatne zmieniały się na śluzowe, naturalnie, że i sprawa zapalna czyli raczéj jéj produkt szybko ustępował, a i stan ogólny chorych polepszał się, ustępowało osłabienie, przypady ze strony moczu i stolca, apetyt wracał, a chora blada przedtem o rysach twarzy zaostrzonych, zdradzających ciężką chorobę, nabierała cery zdrowéj i podmiotowo czuła się zupełnie zdrową Wprawdzie były i takie przypadki, gdzie po mięsieniu chora doznała bólów, a badanie przedmiotowe wykazało znaczniejszą bolesność, dwa razy nawet stan gorączkowy wystąpił, lecz objawy te były przemijające zwłaszcza, że dnia następnego nie wykonywano mięsienia, a za to stosowano okłady lodowe lub wysychające. Zresztą inni autorowie także o tem wspominają, nie przywiązując do tego wielkiego znaczenia. Zawsze jednak trzeba być w tych przypadkach ostrożnym, aby nieodpowiednem postępowaniem nie wywołać powiększe-

nia się wysięku, co u nas raz miało miejsce, a to, gdyśmy mimo bolesności przystąpili do miesienia, uważając chorą za zbyt tkliwą, trzeciego dnia wystąpił stan gorączkowy, boleści, i mogliśmy potem przekonać się, że guz się powiększył. Zaburzenie to trwało na szczęście kilka dni, a chora ta w zupełnie dobrym stanie opuściła klinikę.

Wypada mi teraz postępowanie nasze opisać, przyczem zwracam tylko na to uwagę, co jest najważniejsze, a w końcu na poparcie metody, przedstawić w główniejszych przynajmniéj zarysach historyję tych chorych, których wyleczenie niewątpliwie mięsieniu przypisać należy, gdyż zazwyczaj stosując takowe, wstrzymywaliśmy się od używania innych środków, chociaż nie zawsze. Żeśmy wyniki pomyślne otrzymali, zasługą jest w pierwszym rzędzie Prof. Madurowicza, który do czynienia doświadczeń w klinice nas zachęcał, a który przez dokładne rozpoznanie i postawienie wskazania najważniejszą część leczenia wypełniał. Reszty dopełnialiśmy wspólnie, gdyż jeden wobec zajęć klinicznych temu podołaćby nie mógł, jeżeli się zważy, że nieraz kilka chorych równocześnie w klinice leżało.

W przypadkach zapaleń i wysięków w miednicy małéj, które to choroby stanowiły przeważną część naszego materyjału doświadczalnego, przystępowaliśmy do mięsienia dopiero wtedy, gdy minęły objawy ostrego zapalenia, a więc stan gorączkowy i znaczne bóle, a pierwsze posiedzenie rozpoczynaliśmy dopiero w trzy dni po ustąpieniu gorączki, przyczem i bolesność znacznie się zmniejszała. Posiedzenia nasze odbywały się zazwyczaj między godziną 5—7 wieczorem, czasem rano. Nie należy wykonywać mięsienia tuż po spożyciu większéj ilości pokarmów. Przed posiedzeniem należy wypróżnić odbytnicę i pęcherz, inaczéj chora powłoki brzuszne napina, gdy pęcherz jest wypełniony, a wypełnienie odbytnicy utrudnia dostęp do wypociny i zmienia stosunki miejscowe, a już nie pozwala żadną miarą na wprowadzenie palca do odbytnicy, jeżeli tym sposobem chcemy masować. Mięsienie wykonywaliśmy w łóżku i to w ten sposób, aby choréj nie potrzebnie nie ruszać, przysuwała się na brzeg łóżka lewy, lekarz siadał po stronie lewéj, chora zbliżała kończyny dolne zgięte w stanie kolanowym do brzucha, a górna część ciała była nieco podniesiona. W ten sposób napięcie powłok brzusznych, jeżeli choréj zaleciło się swobodnie oddychać, można było zmniejszyć. Unoszenie zaś macicy i resztę zabiegów w niem złączonych wykonywaliśmy na stołku ginekologicznym przeznaczonym do badania, który odpowiada zupełnie temu celowi i okazał się nam zupełnie wystarczającym. W tem miejscu muszę wspomnieć, że używano dawniéj dwóch sposobów mięsienia: 1) mięsienie zewnętrzne, nie różniące się wiele od mięsienia powłok brzusznych w ogólności i 2) mięsienie zestawione, nazwane niewłaściwie mięsieniem wewnętrznem. Pierwsze polega na tem, że ręką lub obiema rękami ułożonemi na miejscu zboczenia chorobowego wykonywamy pewne ruchy. Ten sposób polecany przez Prochownika [1]) nie wielu ma zwolenników, bo o ile skutecznem jest mięsienie powłok brzusznych przy niedowładzie jelit, które często towarzyszy chorobom kobiecym, o tyle małe ma znaczenie w leczeniu wysięków zapalnych w miednicy małéj, albowiem ugniatając od góry i zewnątrz nie mamy żadnéj kontroli ani miary w użyciu siły, a tylko cisnąc na guz i naciągając przez to więzy, sprawiamy bóle, a jeżeli nawet guz jest tak wielki, że zajmuje część miednicy dużéj, to wtedy możemy wprawdzie przyczynić się do wessania części górnéj, całego zaś produktu zapalnego nie usuniemy. Powiedzieć to mogę, opierając się na własnem doświadczeniu, albowiem raz zmuszony byłem użyć tego sposobu u panienki młodéj, która cierpiała na zapalenie około kiszki ślepéj, które przeniosło się na jajnik prawy. Otóż po 3 tygodniowym leczeniu wysięk około jelita ustąpił zupełnie, a tylko w głębi miednicy małéj czuć mogłem górny odcinek guza wielkości jaja, który podczas mięsienia usuwał się z pod ręki, a chora mówiła, że sprawia jéj to ból. Od tego też czasu polepszenia nie mogłem stwierdzić (obserwowana z doc. Marsem w Krynicy). Mięsienie zewnętrzne jednak może przynieść pewną korzyść tam, gdzie zestawione z początku szczególniéj u kobiet nerwowych i wrażliwych z powodu znacznego napięcia powłok jest wprost niemożliwe i bezskuteczne, wtedy to kilkakrotne mięsienie powłok brzusznych, które sprawia, że chora do ucisku się przyzwyczaja, może być bardzo pożyteczne, a nazwałbym je mięsieniem wstępnem, po którym nastąpić powinno zestawione, jako właściwy zabieg leczniczy. Co się tyczy drugiego sposobu mięsienia tak zw. zestawionego, to ono polega na tem, że podczas gdy jedna ręka zazwyczaj prawie wykonywa mięsienie przez powłoki brzuszne, to jeden lub dwa palce drugiéj umieszczone w pochwie lub odbytnicy nieruchomo, podpierają guz i kontrolują ruchy i ich siłę ręki drugiéj, palce te stanowią niejako podstawę, na któréj spoczywa guz, przez co mięsienie jest dokładniejsze, a każdy ruch ręki zewnętrznéj czuje ręka w pochwie lub odbytnicy umieszczona, nadto jeżeli guz jest ruchomy i da się do powłok brzusznych zbliżyć, to i to zadanie palec w pochwie lub odbytnicy ułożony uskutecznia. Żadną miarą jednak nie można się zgodzić z Aspem, który radzi wykonywać ruchy palcami w pochwie ułożonymi; to sprawia tylko podrażnienie, a do leczenia wcale się nie przyczynia, owszem zaszkodzić może, gdyż mięsienie w pochwie ograniczyć się może tylko na małą i to środkową część guza, co nawet prowadzić może do wywołania ropnia. Raz tylko tego sposobu użyliśmy przy wypocinie w zatoce Douglasa, schodzącéj do połowy prawie tylnéj ściany pochwy i wypuklający ją znacznie. Podrażnienie nerwowe było widoczne, o czem przekonywał nas wyraz twarzy choréj; nadto wydzielała się znaczna ilość śluzu przeźroczystego, pochodzącego prawdopodobnie z gruczołów Bartoliniego. Odtąd zaniechaliśmy tego sposobu, owszem baczyliśmy na to, aby palec umieszczony w pochwie lub odbytnicy żadnych nie wykonywał ruchów. I na to zwrócić uwagę należy, że u chorych, które oddawały się masturbacyi trzeba z mięsieniem być ostrożnym, bo łatwo u nich wywoływamy podrażnienie już przez samo przyłożenie palca do łechtaczki mimo, że ten spoczywa nieruchomo, a chore takie formalnie domagają się mięsienia, które im widocznie przyjemność sprawia, a zarazem szkodzi. Że zaś one masturbacyją wykonywały, to poznać można po zachowaniu się łechtaczki i warg mniejszych, które są zazwyczaj wydłużone, fartuszkowate, a i wywiadami także posługiwać się można. Mięsienie od odbytnicy w naszych przypadkach okazało się bardzo korzystnem przy wysiękach znacznych, umieszczonych w zatoce Douglasa, w którym to razie możemy głęboko włożywszy palec do odbytnicy, guz wraz z macicą lepiéj wysunąć ku powłokom brzusznym, a zabieg ten jest dla choréj mniéj bolesnym, niż skoro to czynimy przez tylne sklepienie, bo wtedy ciśniemy tylko na dolną przednią część guza, przyczem napina się mocno sklepienie, podczas gdy czyniąc to przez odbytnicę ucisk wywieramy na dolną i tylną część

[1]) *Tageblatt der 57. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Magdeburg*, 1884, p. 229.

wypociny i lepiéj możemy ją do drugiéj zbliżyć ręki. To samo tyczy się zrostów w zatoce Douglasa, wywołujących przemieszczenie i unieruchomienie macicy, jak również spraw zapalnych około trąbek i jajników, tu palcem wskazującym możemy dojść bardzo wysoko, nie sprawiając choréj bólu i podpierać te części, które ręka przez powłoki brzuszne ma masować. Palec umieszczany w odbytnicy trzymamy naturalnie nieruchomo, a wyjątek stanowią te przypadki, gdy w celu przyspieszenia obiegu limfy i opróżnienia grubszych naczyń limfatycznych chcemy wykonać ruchy łukowate wzdłuż linii bezimiennéj, poczynając od poziomej gałęzi kości łonowéj, a dążąc ku odpowiednéj zatoce krzyżowo biodrowéj. Jestto tak zwane *malning*. Posiedzenia zazwyczaj robiliśmy raz na dzień, gdyż przypadki nasze przedstawiały stan zapalny przyostry, a wysięk był jeszcze bolesny, przeto obawialiśmy się przez częstsze mięsienie zaostrzenia sprawy, za to w przypadkach wysięków dawniejszych, twardych, niebolesnych lub gdy nam chodziło o zjędrnienie tkanin i pobudzenie czynności nerwów, tam stosowaliśmy mięsienie dwa razy dnia, w pierwszym razie silne i dłużéj trwające, w drugim słabe i przez kilka minut. Jeżeli po masowaniu chore skarżyły się na ból, stosowaliśmy okłady wysychające lub lodowe. Prawie wszystkie chore przez czas leczenia zachowywały spokój bezwzględny. Kąpiele nasiadowe, które u niektórych chorych stosowaliśmy 1—2 godzin przed mięsieniem, także przez zmianę krążenia przyczyniały się do szybszego wessania wypociny. Gdy już doprowadziliśmy do tego, że pozostały tylko resztki wypociny, a bolesność ustąpiła zupełnie, wtedy dla braku miejsca chore opuszczały klinikę, zgłaszały się natomiast co dzień lub co dwa dni i tym sposobem mogliśmy osiągnąć zupełne wyleczenie, do czego jednak potrzeba było dłuższego czasu. (C. d. n.)

IV. Z praktyki prywatnéj.

Przyczynek do kazuistyki padaczki odruchowéj. — Zęby spróchniałe przyczyną 9 miesięcy trwającéj padaczki.

Podał

Dr. **T. Bąkowski** w Baranowie.

Od czasu ogłoszenia przez Nicolaiego ze Stuttgartu i Hermanna z Hali (w *Deutsche Monatshefte für Zahnheilkunde*, zeszyt I. 1889) 2 przypadków padaczki odruchowéj, długi czas trwającéj wskutek wykłuwania się zębów mądrości, w dostępnéj mi literaturze nie czytałem o podobnym przypadku. Przypadek podobny zatem podaję tutaj do wiadomości:

W połowie maja 1889 r. zawezwany zostałem do M. S. w A., panny, lat około 16 liczącéj, izraelitki i zastałem ją w napadzie padaczkowym: rzucała się na wszystkie strony, krzyczała, przyczem mięśnie kończyn były wyprężone chwilami, akcyja serca przyspieszona, a źrenice rozszerzone. Napady te trwały już od końca marca 1889 r. Zaleciłem *aq. antihyster. foetida* wobec obciążenia dziedzicznego (ojciec neurastenik), *natrum bromatum*, później pigułki z chininą i arszenikiem, to znów wodę Roncegno, ale wszystko prawie bez skutku. Napady ciągle się powtarzały, aż doszło do tego, że występowały kilka razy na dzień. Z końcem grudnia 1889 znowu mnie zawezwano, a wtedy zwróciłem uwagę na zęby. Pierwszy trzonowy górny str. prawéj i pierwszy trzonowy dolny str. lewéj były dotknięte próchnicą (*caries*). Pierwszy wyjąłem zaraz, drugi poleciłem wyjąć, co też niebawem wykonano i od tego czasu minęło przeszło pół roku, a napady nie wróciły, nastała zupełna równowaga umysłu.

W przypadkach Nicolaicego i Hermanna występowały bóle głowy, a potem dopiero napady. W moim przypadku chora na żadne bóle się nie skarżyła i dopiero na zapytanie, czy nie zauważyła jakiegoś bodaj maleńkiego bólu zębów przed napadem, odpowiedziała, że czasem istotnie ma bezpośrednio przed napadem jakieś nieprzyjemne uczucie, nie ból, od zębów wychodzące (*aura epileptica*). Z przytoczonego przypadku widać, że nawet mało bolące spróchniałe zęby mogą stać się przyczyną długotrwałych napadów padaczki odruchowéj.

V. Oceny i sprawozdania.

O wynikach wieszań we wiądzie mlecza za pomocą aparatu Muczutkowskiego,

skreślił

Stanisław Daniłło docent akad. lekarskiéj. i **Emil Przychodzki** ordyn. pryw. kliniki psychiatr. w Petersburgu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 33).

Badanie za pomocą wziernika wykazuje *staphyloma posticum* daleko posunięte w oku prawem, prócz tego zaćmienie i bladość siatkówki. Prawa górna powieka znacznie opadła i zakrywa do połowy gałkę oczną. Lewy kąt ust opadły ku dołowi, język nieznacznie zbacza na lewo. Odruchów kolanowych brak zupełny tak na jednéj jak i na drugiéj dolnéj odnodze. Odruchy ścięgien kończyn górnych bez zmian widocznych, jak również słuch, smak i powonienie. Czucie dotykowe i elektro-skórne na twarzy, jak również czucie ciepła i bólu osłabione; dwie ostatnie zmiany czucia przechodzą i na przednią powierzchnię szyi. Na przedniéj powierzchni tułowia do wysokości średniéj części mostka czucie dotykowe, termiczne i elektro-skórne zachowane. Toż samo można obserwować z tyłu do dolnych brzegów łopatek. W okolicy granic perkusyjnych żołądka można było zauważyć i stwierdzić dwie postacie skórnéj hyperestezyi dotykowéj i termicznéj. Czucie elektro-skórne w dolnych okolicach brzucha osłabione w porównaniu z takiemże czuciem w okolicy piersi, ale ukłócia chory czuje i lokalizuje prawidłowo. Na napletku i na żołędzi chory różnicy pomiędzy ciepłem i zimnem nieuczuwa, również silny prawie niemożliwy do zniesienia tok indukcyjny chory zaledwie zdolnym jest odczuć, jednak nie jako ból, lecz jako rodzaj ciepłego łechtania. Na obydwu goleniach można było stwierdzić opóźnianie rozdrażnienia bólowego na 1″—2′. Chód znacznie atakktyczny: chodząc, chory podrzuca nogi na strony, uderzając silnie piętami o podłogę. Z zamkniętemi oczami nie tylko chodzić, ale stać nie może. Oznacza jednakże położenie swych odnóg w przestrzeni dość dobrze. Czasem pojawiają się uporczywe zaparcia stolca, *crises gastriques* i *retentio urinae*. Od dawna nie było erekcyj. Białka w moczu niema. Przez cały przeciąg czasu używania wieszań (od 26/10 do 2/12 1889 r. według starego stylu), chory rzadko kiedy skarżył się na rodzaj bólów ciągnących w okolicy lewéj połowy brzucha, pojawiających się napadami po 4—5 dziennie i trwających od 1′ do 2′ z następczo występującemi nudnościami i wymiotami śluzowemi lub z nieznaczną domieszką krwi (*crises gastriques*). Język bywał przytem często obłożony, brak apetytu, sen i w ogóle stan chorego wskutek często zjawiających się bólów niepomyślny. Około 7/12 1889 (starego stylu) *crises gastriques* na pewien czas ustąpiły. Wówczas stosowano terapiję: z początku roczczyn jodku i bromku potasu po łyżce stołowej 3 razy dziennie, później zmieniliśmy terapiję, dając antipyrinę 0·5 na noc po dwa proszki w razie pojawienia się *crises gastriques* lub zamiast antipyryny kodeinę po $^1/_6$ grana *pro dosi*; taką terapiję stosować byliśmy zmuszeni wczasie wieszań dość rzadko i to tylko w razie napadów bólu. Jeżeli zaś bóle przed rozpoczęciem okresu wieszań były bardzo dokuczliwe, to bywaliśmy zmuszeni brać się do energiczniejszego leczenia, wstrzykując podskórnie do $^1/_6$ grana morfiny, co drugi dzień naznaczać choremu cieple kąpiele do 28° C. i stosować poprzeczną galwanizacyję brzucha z alternatywami Wolty przy tokach o średniéj sile i nareszcie zaczęliśmy próbować wpływu wieszań. Wieszań zastósowaliśmy 24 (od 1′ do 5′, każde następne wieszanie różniło się od poprzedniego nie więcéj niż o $^1/_2$ minuty). Po 1-em wieszaniu chory skarżył się na słaby zawrót głowy, lecz już po 2-em i następnych wieszaniach objaw ów ustąpił niepowrotnie,

jak również innych powikłań wywołanych przez wieszanie nie było. Po 3-em wieszaniu według podania chorego, strumień moczu silniejszy niż przedtem i nieprzerywany bez osobliwszego nadymania się ze strony chorego. Po 4-em wieszaniu, *crises gastriques* pojawiały się rzadziéj, były wyrażone dość słabo i trwały niedługo, ale taki szybki wynik trudno przypisać wpływowi wieszań, prędzéj zaś leczeniu farmaceutycznemu lub temu, że w okresie wiądu *crises gastriques* częstokroć na dłuższy przeciąg czasu znikać mogą. Po 5-em wieszaniu można było stwierdzić polepszenie w chodzie (objaw Romberga wyrażony dość słabo), zmniejszenie bólów strzelających w lewéj nodze; w śnie i stanie ogólnym chorego znaczna poprawa. Po 6-em wieszaniu prócz wyżéj wspomnianych polepszeń, *crises gastriques* całkowicie ustąpiły, apetyt był znacznie lepszym. Po 7-em bóle strzelające w lewéj nodze także ustąpiły. Po 10-em wieszaniu zjawiła się erekcyja z pomazaniem nocnem. Po 11 em stan ogólny chorego uległ znacznéj poprawie i był zupełnie pomyślnym, wyjąwszy jednakże objaw Westphala i objawy wzrokowe, które pod wpływem wieszań nie dały żadnych dodatnich wyników nawet do samego końca wieszań.

A zatem wpływowi wieszań uległy następujące objawy: chód chorego, objaw Romberga, bóle strzelające i nerwowe i inne wady czucia, czynność pęcherza moczowego i narządu płciowego, zaparcia stolca, sen i apetyt, wszystko to razem wzięte znacznie wpłynęło na stan ogólny chorego, a przeważnie i psychiczny.

Przypadek II. A. P. (chory kliniczny), lat 37, lokaj. Początek choroby w 33 roku życia. Nie przebył kiły, lecz pił wiele. Przed wstąpieniem do kliniki wieszano go około 43 razy, począwszy od $^1/_2$ minuty, dochodząc stopniowo do posiedzenia minut 10-ciu, po owych wieszaniach, jak sam wspominał, bóle strzelające znacznie osłabły, stały się rzadszemi, prócz tego chód znacznie się poprawił, był daleko śmielszy i pewniejszy nawet przy wzniesionych w górę oczach, uczucie pasa ściągającego tułów znikło. Z początku w czasie pobytu w klinice chory skarżył się na uczucie chłodu lub piasku pod podeszwami, na rodzaj odrętwienia w palcach górnych i dolnych kończyn, rodzaj ściągania pod kolanami, wzdęcie brzucha i inne t. p. nieprzyjemne uczucia. Objaw Romberga dość wyraźny, odruchów kolanowych brak zupełny. Źrenice jednakowo zwężone: na światło, akomodacyję i ból oddziaływają bardzo słabo i powoli. Chód znacznie ataktyczny. Prąd moczu słaby, przerywany, czasem zaś następuje *incontinentio urinae* z wydzielaniem się moczu kroplami. Czynność płciowa osłabiona, polucyj i erekcyj niema. Znieczulenie członka i dolnych kończyn na przedniéj powierzchni bioder i goleni. Odruchy czuciowe kończyn dolnych znacznie się opóźniają. Łaknienia brak zupełny, sen także niedostateczny wskutek bólów strzelających, znacznie wzmagających się w nocy, rano częstokroć nudności. Naprzemian zaparcie i rozwolnienie. Bóle jednakże daleko silniejsze, aniżeli przed wieszaniami w przytułku św. Grzegorza.

Nie bacząc na to ośmieliliśmy się powtórnie próbować wieszań w klinice (od 7/10 do 2/12 1889 r. według starego stylu) i zastosowaliśmy choremu 24 wieszania. Wogóle chorego wieszano 67 razy, licząc w to poprzednie wieszania. Wieszania rozpoczęły się odrazu od 4-ch minut każde, gdyż chory, jak wspomnieliśmy już przedtem używał tegoż sposobu leczenia 43 razy. Z samego początku nie zauważaliśmy żadnych złych następstw. Pierwsze 9 wieszań trwały po 4 minuty każde, trzy następne po 5′, 13 te zaś wieszanie trwało 2′ minuty, gdyż podówczas chory miał influenzę, przyczem po każdem wieszaniu skarżył się na szum w uszach, zawrót głowy i nudności, wskutek czego trzeba było na czas pewien zaniechać wieszania. 14-te wieszanie trwało 3′, następne począwszy od 15 go do 24-go włącznie, trwały jak pierwéj po 4 minuty każde.

Chód pod wpływem wieszań stał się śmielszym i pewniejszym, ale to polepszenie nie było przedmiotowo zbyt znacznem. Objaw Romberga prawie się nie polepszył. Bóle strzelające podczas wieszań zjawiały się rzadko (wogóle do 6 ciu razy przez cały czas wieszań), jednak daleko rzadziéj niż poprzednio, przyczem odstępy pomiędzy napadami były daleko dłuższemi, dochodząc częstokroć do 2 ch tygodni, następnie znacznie osłabły stopniowo i zupełnie znikły. Najrozmaitsze rodzaje parestezyj poprzednio niepokojące chorego osłabły także w wysokim stopniu. Oddawanie moczu, jakoby w ostatnich dniach wieszań także się polepszyło pod tym względem, że strumień moczu okazał się silniejszym, mniéj przerywanym i bez osobliwszych wysiłków ze strony chorego. Jednakże wogóle wziąwszy, jeżeli polepszenie w tym kierunku nastąpiło, to nie było ono zbyt znacznem.

Po 16 wieszaniach wystąpiła u chorego podczas snu erekcyja z obfitą polucyją, czego nie było od 3 miesięcy. Jednocześnie z pojawieniem się erekcyj zauważono zwiększenie się łaknienia i zniknięcie zaparcia stolca. Ustąpienie bólów strzelających bezwątpienia również wpłynęło dodatnio na nastrój chorego, a głównie zaś na sen. Powrotu jednak odruchu kolanowego jak również polepszenia wzroku nie zauważyliśmy. (C. d. n.)

VI. Z międzynarodowego lekarskiego zjazdu w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34).

Obok tych wspaniałych posiedzeń ogólnych zjazdu, które stanowiły nie tyle naukową, ile raczéj dekoracyjną formę zjazdu, chociaż nie można im odmówić znaczenia naukowego, zwłaszcza w kwestyjach poruszonych przez Listera i Kocha, odbył się cały szereg biesiad i wycieczek, a komitet organizacyjny zjazdu dołożył wszelkich starań, aby tak zebrania towarzyskie jak i wycieczki odbyły się z wszelkiemi dogodnościami i miłe wspomnienia pozostawiły w umysłach uczestników.

I tak najpierw we wtorek wieczorem dnia 5 sierpnia r. b. urządziła świetną biesiadę rada miejska w Berlinie, a burmistrz Forkenbeck otoczony całem gronem członków należących do pełnéj rady miejskiéj, zapraszał uprzejmie do zajęcia miejsca przy stołach ustawionych w kilku salach ratusza. Przeszło 5000 uczestników raczyło się hojnie przekąskami i dobremi winami, a w końcu szampan podniecał werwę i humor. Nie tylko stoły ustawiono w olbrzymiéj sali posiedzeń, zużytkowano nawet w celu pomieszczenia uczestników półokrągłe ławy radnych miejskich i trybunę prezydenta, co w połączeniu z najróżnorodniejszemi twarzami i ubiorami współbiesiadników różnojęzycznych, wylewami uczuć serdecznych, podnieconych szampanem, nader zajmujący przedstawiało widok, zwłaszcza przy końcu uczty przeciągającéj się poza północ. Świetnie illuminowana wieża nowego ratusza, front tegoż pałacu i klatka wchodowa dodawała całości czarującą ozdobę.

Bankiety pojedynczych sekcyj, w liczbie 17, (bo sekcyja anatomiczna z sekcyją fizyjologiczną urządziły wspólny bankiet w hotelu rzymskim) odbyły się w różnych salach olbrzymiéj stolicy; wieczorem we środę dnia 6 sierpnia r. b. uczestnicy bankietów wpłacali po największéj części po 10 marek za kartę, a tylko 3 sekcyje (chirurgiczna, ginekologiczna i dermatologiczna) urządzały uczty, zapraszając obcych członków zjazdu bez opłacania karty uczestnictwa.

Niewątpliwie najwspanialéj wypadł bankiet chirurgów, na który wszyscy członkowie zagraniczni otrzymali karty zapraszające w swych hotelach.

Członkowie towarzystwa chirurgicznego w Berlinie płacili po 20 marek za kartę uprawniającą do brania udziału w uczcie, inni zaś lekarze niemieccy nie należący do tegoż towarzystwa, płacili po 40 marek za kartę.

Świetny widok przedstawiała sala hotelu centralnego w Berlinie, urządzona na kształt ogrodu zimowego, a zastawiona kilkunastu stołami dla 1000 współbiesiadników, między którymi najpierwsze znakomitości świata lekarskiego, a w szczególności gwiazdy z dziedziny chirurgii główne miejsca zajęły. Prof. Bergmann prezydował bankietowi, mając po prawéj ręce ks. Karola Teodora bawarskiego, a po lewéj znanego Listera. Menu bardzo dowcipnie illustrowane, w łacińskich hexametrach podawało spis wybornych potraw i napojów. Wśród toastów wzniesionych przez Bergmanna, Bardelebena, chirurga francuskiego Le Forta, ks. Karola Teodora

bawarskiego, Bottiniego i t. d. odznaczał się humorem toast wzniesiony przez prof. Thierscha, który zaręczał, że zniechęcony wymówkami dawnéj operacyjnej chirurgii, chciał już zostać profesorem teologii, gdy w tem przykrem zwątpieniu pojawiła się zbawienna metoda Listera, któréj stanowczym zwolennikiem w Niemczech on najpierw się okazał. W podniosłem usposobieniu i z miłemi wspomnieniami po wymienieniu ciepłych uścisków dłoni z różnymi współbiesiadnikami znanymi na polu naukowem, opuszczaliśmy ten wspaniały bankiet.

We czwartek dnia 7 sierpnia odbyły się bale w 4 lokalach równocześnie, ale tylko bal w ogrodzie zimowym hotelu centralnego i w ogrodzie zoologicznym zasługują na wyszczególnienie.

W sobotę dnia 9 sierpnia nastąpiło pożegnalne przyjęcie w prześlicznie oświetlonym ogrodzie Krolla, gdzie podczas uczty ogólnéj miłą przerwę stanowił koncert dany przez personal zaangażowany w tymże teatrze i gdzie dumki ruskie mięszały się z śpiewami polskiemi, niemieckiemi itd.

Z pomiędzy wycieczek urządzonych przez komitet zjazdu, wymienić należy głównie: wycieczkę do wioski Tegel, gdzie woda gruntowa zebrana w jedno wielkie jezioro i przepuszczona następnie przez sączki piaskowe, w postaci należycie oczyszczonéj, zasila wodociągi Berlina. Piękne te urządzenia, umiejętnie przeprowadzone, lecz obok tego nadzwyczaj kosztowne, dostarczają Berlinowi wody wprawdzie czystéj, lecz miękkiéj, niezbyt zimnéj i orzeźwiającéj.

O ileż będzie szczęśliwszym Kraków, jeżeli kosztem o wiele mniejszym zdobędzie z Regulic cały zdrój wody zimnéj, twardéj i orzeźwiającéj, z którą woda berlińska nawet w porównaniu iść nie może. Przeciwnicy projeku regulckiego musieliby bez wątpienia głowy uchylić, gdyby naocznie przekonali się w Berlinie, z jakiemi kosztami i po zmarnowaniu ilu milijonów zapewniono sobie wodę czystą, lecz miękką, niezbyt zimną i nie bardzo smaczną!

Również bardzo pouczającą była wycieczka do Osdorfu i Heinersdorfu, gdzie w sposób naoczny wszyscy mogli się przekonać, jak korzystnie zmienia piaski brandenburgskie ciecz kanałowa sprowadzona z Berlina i rozprowadzona umiejętnie za pomocą rowów po polach przeznaczonych do uprawy. Ciecz ta nader bogata w składniki azotowe przesiąka ziemię i użyźnia ją tak, że bujne plony budzą podziw zwiedzających. W Heinersbergu urządzono również wśród ogrodu ładne przytulisko dla rekonwalescentów płci męskiéj.

Uczestników obu wycieczek ta w Tegel jak i w Osdorfie przyjmował komitet sutą przekąską.

Nader miłą niespodziankę dla wielu uczestników zjazdu stanowiła wycieczka urządzona przez sekcyję laryngologiczną i sekcyję lekarzy wojskowych, a z wycieczki téj nastręczającéj przyjemną przejażdżkę parowcem po jeziorach Havel obok Poczdamu, bez wątpienia wszyscy wynieśli jak najkorzystniejsze wrażenie, gdyż nie tylko podziwiali cuda przyrody, odsłaniające się w różnych zakątkach rozległych tych jezior, ale nadto mieli sposobność oglądania pięknych zamków królewskich i ogrodów rozsianych w téj ulubionéj siedzibie władców pruskich.

Przed odjazdem do Berlina już późnym wieczorem, przyjmował jeszcze uczestników wycieczki komitet sutą kolacyją.

Równocześnie pewna część uczestników zjazdu reprezentująca obce państwa, bawiła na dworze królewskim w Poczdamie, przyjmowana przez jednego z książąt w zastępstwie nieobecnego cesarza niemieckiego i hojnie ugaszczana. O ile mnie zapewniano, to z Polaków bawiących na zjeździe, nikt nie brał udziału w uroczystościach dworskich, albowiem prof. Pareński wyjechał tegoż dnia zrana do Kopenhagi, a drugi zaproszony z naszego grona prof. Hoyer, również doznał przeszkody w uczestniczeniu w tychże uroczystościach.

Nadto codziennie stały otworem dla uczestników zjazdu liczne szpitale, zakłady dla sierót, dla ludzi pozbawionych dachu, zakłady naukowe, prześlicznie i umiejętnie urządzone muzea, cesarski urząd zdrowotny i muzeum higijeniczne wraz z pracownią bakteryjologiczną, hale rzeźne i targowe, zakład krowiankowy, zakład dla umysłowo chorych w Dalldorf itd.

Bez wątpienia każdy z uczestników zjazdu znalazł wiele zakładów pochłaniających całą jego uwagę, widział ogromny postęp w budowie szpitali i szkół pod względem higijenicznym i nie żałował trudu i kosztów, jakie wyjazd jego do Berlina za sobą pociągnął.

Nader zajmującą illustracyję do dziejów medycyny stanowiła wystawa dzieł sztuki, mających związek z nauką lekarską, urządzona we wspaniałym gmachu muzeum przemysłowego. Tam to można było widzieć z jednéj strony niezgrabne, niemal wstręt budzące mordercze narzędzia amputacyjne, używane w ubiegłych stuleciach (wystawione przez wojskowy instytut Fryderyka Wilhelma); z drugiéj zaś strony mile oko błądziło po dawnych aptekach, urozmaiconych majolikami włoskiemi z 16 stulecia lub naczyniami szklanemi wzorzysto pomalowanemi. Obok apteczek należących do prof. Virchowa i Liebreicha podziwiać można było śliczne srebrem ozdobione apteczki z początku 17 stulecia (1612—1618), pochodzące z Augsburga. Dr. Salamon wystawił dawne dyplomy lekarskie i akta uznania cudownych wyników leczniczych przez rady miejskie, a nadto liczne medale lekarzy z 16, 17 i 18 wieku. Z powodu wprowadzenia ochronnego szczepienia ospy przez słynnego Edwarda Jennera, wybito sporo medali, a rysunki i staloryty z końca ubiegłego wieku illustrują nam cały przebieg tego zbawiennego i wiekopomnego odkrycia. Dr. Pfeiffer z Weimaru wystawił cały szereg amuletów, oraz dawnych zamawiań, mających skuteczną stanowić ochronę przed dżumą.

Liczne biusty i obrazy słynnych lekarzy niemieckich z ubiegłego i bieżącego stulecia dodawały całości wiele ozdoby i stwarzały całość i pod względem artystycznym nader ponętną, a pod względem naukowym co do historyi medycyny nader interesującą. (C. d. n.).

Sprawozdanie z II-go Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie.

(Dok. Patrz Nr. 34).

Od czasu, gdy Maas uogólnił myśl Tagliacozzego i Graefego, ogłoszono sporo przypadków leczonych z dobrym wynikiem tą metodą. W artykułach tych uderza jedno: prawie zupełny brak chronicznych wrzodów goleni, pomimo, że są to przypadki bardzo częste i leczą się trudno. Objaśnia to sobie kol. S. trudnością zastosowania tego zachodu operacyjnego na goleni. Rzeczywiście najdogodniéj byłoby w tych razach brać płat z łydki drugiéj goleni, lecz na przeszkodzie tu stoi często obecność owrzodzeń, lub co najmniéj blizn na drugiéj nodze. Zresztą byłoby to możebne w tych przypadkach, w których idzie o pokrycie niewielkiego wrzodu. Natomiast nie odważyłby się prelegent wziąć drugiego płatu z łydki nawet na nodze zupełnie zdrowéj. Transplantacyja Thierscha, jak kol. S. miał możność się przekonać, wykonana na znacznéj przestrzeni łydki, daje bliznę niepewną, wymagającą zachowania się dla zwykłego rolnika prawie niemożebnego. Pozostaje przeto brać płat z uda. Tu jednakże na przeszkodzie staje niedogodne położenie dla chorego i trudność wycięcia odpowiedniego płatu. Wycinając płat z uda, należałoby szypułę jego umieścić w pobliżu pachwiny, lecz takiego położenia chory nie zniesie. Wobec tego z konieczności należy szypułę umiejscowiać nad kolanem, przez co znowu bardzo upośledzamy odżywianie płata. Najdogodniéj byłoby brać płat z zewnętrznéj lub wewnętrznéj strony nogi, pozostawiając szypułę uda i wycinając płat z dolnéj części uda i górnéj goleni. Na to jednakże nie śmiał się odważyć ze względu na staw kolanowy. Z tego powodu zdecydował się kol. S. na transplantacyję płatu wyciętego z przedniéj powierzchni uda, z szypułą nad stawem kolanowym. Wykonał operacyję trzy razy u osób młodych, z wrzodami rozległemi prawie kolistemi, trwającemi od lat przeszło 10. We wszystkich przypadkach długotrwałe owrzodzenia sprowadzały zniekształcenia kości goleni i stopy. Chorzy uskarżali się na ciągły ból (darcie) w kości, który niezmiernie im utrudniał chodzenie. W dwu przypadkach chorzy godzili się na amputacyję. We wszystkich trzech przypadkach dla pokrycia owrzodzenia wycinał płat z przedniéj powierzchni uda nogi zdrowéj. Płat miał kierunek podłużny i szypułę nad kolanem. Długość jego

wynosiła 22—24 cm., szerokość około 12 cm. Układał kończyny w ten sposób, że zdrową wyprostowywał, owrzodzoną zaś zginał i układał na udzie pierwszéj. Unieruchomiał za pomocą dwu szyn, z których jedna prosta była położona pod nogą zdrową, druga zaś rozpoczynała się na udzie owrzodzonéj nogi i przebiegając ósemkowato łączyła ze sobą i umocowywała obiedwie kończyny. Szyny te przybandażowywał za pomocą opasek gipsowych. Przebieg i wynik był następujący: W I. przypadku (18-letnia zdrowa i dobrze zbudowana dziewczyna) zmartwiał brzeg płata przeciwległy szypule, na przestrzeni 4—5 cm. Pozostała część przyrosła. Szypułę odciął na jednem posiedzeniu po dniach 33. Wynik operacyi bardzo dobry. Chorą widziałem w kilka miesięcy po operacyi. W II. przypadku (wątły i źle odżywiony 20-letni chłopiec) wynik był gorszy. Zaraz po wycięciu płat był flakowaty i barwę miał blado siną. Znaczna część płatu zmartwiała i tylko 10 cm. przyrosło dokładnie. Po 2 tygodniach szypułę nadcięto, a po 3 tyg. zupełnie płat oddzielono. Pokrył on $^2/_3$ wrzodu, pozostawiając niepokrytą tylko górną część jego. Chciano wykonać dodatkową transplantacyję Thierscha, lecz chory zmuszony był wyjechać. Nie mniéj przeto wynik można nazwać dobrym. Bóle przeszły i chory może chodzić i pracować. W 8 miesięcy po operacyi chory chcąc się pokazać, 7 mil przyszedł pieszo, bez widocznego utrudzenia. Sam on jest z wyniku operacyjnego wielce zadowolony. Powyższe dwie operacyje przekonały kol. S., że postępując w ten sposób, nie można wycinać płata dłuższego nad 10—15 cm. bez narażenia go na obumarcie w znacznéj części. Nadto sam zabieg operacyjny był bardzo ciężki. Chorzy cierpieli niezmiernie, trzeba było wciąż dawać narkotyki, aby uśmierzyć nieco ból i snu chorym udzielić. Przytem z rany uda wypływała taka masa surowicy, że cały opatrunek nią przesiąkał. Dostęp do ran był utrudniony gipsem i o ścisléj antyseptyce mowy być nie mogło. Ropienie było obfite, to też ciągle był kol. Sawicki w obawie, aby się jakie powikłanie do rany nie przyłączyło. Ze względu na to postanowiono w III. przypadku inaczéj postąpić. Kol. S. miał tu do czynienia z dość wątłą 26-letnią histeryczką, mającą na lewéj goleni od lat 17 wrzód prawie kolisty. Kości goleni zgrubiałe, stopa zniekształtniona. Chora chodzić nie mogła i żądała amputacyi. W $2^1/_2$ miesiąca po osteotomii wycięto podłużny płat na przedniéj powierzchni prawego uda, pozostawiając 2 szypuły u góry i dołu. Pod płat włożono gazę jodoformową. Zaraz po operacyi chora dostała ciężkich objawów nerwowych, ciągłych wymiotów, bezsenności, bólu obu nóg, głowy itp. Pomimo to płat w ciągu pierwszych paru tygodni przedstawiał się bardzo dobrze. Dopiero po upływie miesiąca, gdy chora była bardzo wyniszczona i obawa zachodziła o jéj życie, płat zaczął się po środku przedzielać. Po kilku tygodniach chora wyglądała zastraszająco. Zastosowano leczenie psychiczne, chora zaczęła jeść i po paru tygodniach poprawiło się wejrzenie. Zgorzelina na środku płatu posuwała się daléj. We 2 miesiące po pierwszéj operacyi rozcięto mostek łączący górną podstawę płata z dolną. Pierwszą pozostawiono na udzie, drugą zaś powiększono nieco dwoma bocznemi cięciami, oskrobano ziarniny i przyszyto do środkowéj części okrwawionéj powierzchni, otrzymanéj po wycięciu wrzodu. Na bocznych powierzchniach goleni pozostały dwie niewielkie przestrzenie niepokryte. Przebieg był bardzo dobry. Chora zniosła dalsze leczenie nadspodziewanie dobrze, prawie bez użycia narkotyków. Płat przyrósł całkowicie. Odcięto go w 19 dni po przyszyciu. Boczne powierzchnie, na które płata nie wystarczyło, pokryto płatkami Thierscha. Wynik był w zupełności zadowalniającym. Chora doznaje obecnie jeszcze bólu w stopie po dłuższem chodzeniu, jest on jednak bez porównania mniejszy, niż przed operacyją i zmniejsza się stopniowo.

Na górnéj kończynie wykonał transplantacyję Maasa raz jeden. Po róży zgorzelinowéj robotnik wiejski utracił skórę na $^2/_3$ ramienia i $^1/_2$ przedramienia. Najprzód zastosowano transplantacyję Thierscha. Płatki przyjęły się na całéj przestrzeni z wyjątkiem łokcia. Wówczas ostatni pokryto płatem wziętym z boku. Rękę umocowano tylko za pomocą opasek. Szypułę przecięto po 12 dniach. Cały płat przyrósł dobrze. Od tego czasu upłynął już rok przeszło; chory wykonywa wszystkie czynności gospodarskie bez trudności.

Kol. S. na mocy doświadczenia własnego i z literatury czyni następujące wnioski: 1) Przy znaczniejszych owrzodzeniach można część ich pokrywać płatkami Thierscha, na miejsce zaś bardziéj wystawione na uraz przeszczepiać płat Maasa. 2) Lepiéj wycinać cały wrzód, niż tylko zeskrobywać ziarninę. 3) Płat należy dobrze przystosować do podstawy za pomocą połączenia brzegów jego z sąsiedniemi tkankami, za pomocą szwów pogrążonych i wreszcie za pomocą warstwy gazy miękkiéj, dokładnie go przyciskającéj. 4) W razie transplantacyi płata z uda na goleń drugiéj nogi lepiéj jest wykonać operacyję na 2 zawody. Najprzód wyciąć płat z dwiema szypułami, górną i dolną, podłożyć gazę pod niego i czekać, aż się rana i płat ziarniną pokryją. Wówczas górną szypułę przeciąć, ziarninę zeskrobać i płat przyszyć. 5) Długość płata nie może przechodzić pewnych granic, zależnych od ogólnego stanu chorego i miejsca, z którego płat się wycina. Na udzie oznacza ją kol. S. średnio na 15—20 cm. Z boku można brać płaty dłuższe. 6) W celu unieruchomienia odpowiednich kończyn nie potrzeba nakładać oddzielnych szyn pod każdą kończynę. Wystarcza tu zastosowanie 1 lub 2 szyn. 7) Pokrywanie szypułą jest zbyteczne.

Wykład XXXVII. Z kolei mówił kol. Bohosiewicz: „O guzach wrodzonych w okolicy krzyżowéj.“ Po krótkiéj wzmiance o budowie anatomicznéj tych guzów, dzieląc takowe podług Braunego i Bergmana na guzy wrodzone o budowie czysto nowotworowéj i na prawdziwe teratomy, t. j. na guzy, w których znachodzimy utkania części płodowych, z życia płodowego pochodzących, jest zdania, że te teratomy powstają przez tak zwaną intrafektacyję. Przedstawia trzy nader ciekawe przypadki, w których za pomocą operacyi usunięto olbrzymie teratomy zwyż wspomnianéj okolicy.

I. przypadek operowany przez profesora Rydygiera, dotyczy dziecka płci żeńskiéj, które przyszło na świat z kolosalnym guzem w okolicy krzyżowéj. Guz ten nie przedstawiał przeszkody porodowéj. Z dzieckiem zresztą zdrowem zgłasza się matka po 3 miesiącach do kliniki. Tu skonstatowano guz wielkości głowy 10 letniego dziecka, siedzący na szerokiéj podstawie w okolicy kości krzyżowéj. Skóra nad guzem blisko podstawy prawidłowa, na największéj wypukłości napięta i zanikła, zbitość niejednolita, otwór odchodowy w guzie; badanie *per rectum* wykazuje, że guz ten sięga wysoko pod kość krzyżową; połączenia z rdzeniem pacierzowym stwierdzić nie można; przy krzyku dziecka guz ten się nie powiększa. (Prelegent okazuje fotografiję dziecka). Operacyja była dość łatwą, wyłuszczenie bez znaczniejszego krwotoku, nieznaczne zrosty z odbytnicą. Szew głęboki, węzełkowaty z góry na dół, opatrunek kolodyjonowy, przebieg prawie bezgorączkowy; po ośmiu dniach szwy wyjęto, wygojenie *per primam* (prelegent przedstawia dziecko). Guz wycięty zbadano w tutejszym zakładzie anatomiczno-patologicznym przy pomocy kol. Hempla i stwierdzono rozpoznanie *teratoma*. Kol. B. okazuje preparat anatomiczny, składający się ze zlepków, torbieli większych i mniejszych, napełnionych bądź to cieczą przeźroczystą, białawą, ciągnącą się, zawierającą ciałka limfatyczne, miazgę, przybłonek migawkowy, bądź to ciecz płynną, jasno-żółtawą, zawierającą ciałka krwi, cholestearynę i kryształki kwasów tłuszczowych. Oprócz tych torbieli znajdują się guzki twardsze, do wielkości orzecha laskowego dochodzące, zawierające tkankę łączną i tłuszczową. Wreszcie znajdują się części kręgów i kosteczka długości 7 mm., szerokości 3 mm. o nierównéj powierzchni.

II. przypadek operował kol. Bohosiewicz przed 4-ma laty w Nowym Targu przy pomocy kol. Scheina. Dziecko liczyło wtenczas 3 dni. W okolicy kości krzyżowéj zajmując części obu pośladków, znajdował się guz w kształcie olbrzymiego wałka, sięgający przy pionowem ustawieniu dziecka aż do stóp tegoż. Objętość na podstawie 25 cm., długość 30 cm. Blisko dolnego końca zaokrąglonego w kształcie głowy znajduje się na całym obwodzie guza 2 cm. szeroki, $^1/_2$ cm. głęboki rowek. Na pierwsze wejrzenie przedstawia się guz ten jako zaczątek człowieka z głową, szyją i tułowiem. Skóra nad guzem prawidłowa, przesuwalna, ucisk zewnętrzny nie

pomniejsza go, nie wywołuje żadnych zmian ucisku mózgowego; zbitość niejednolita, obok twardych części znajdują się miejsca o wybitnem chełbotaniu. Mimo, że badania *per rectum* nie uskuteczniono, połączenie ze stosem pacierzowym wykluczyć było można. Otwór odchodowy mocno ku przodowi wysunięty. Operacyja wśród bardzo trudnych warunków, bo w ciemnéj i małéj chatce góralskiéj przy asystencyi żołnierza. Cięcie okrężne blisko nasady; wyłuszczenie dość mozolne z powodu silnych zrostów z kością krzyżową, ogonową i odbytnicą. Krwotok nieznaczny; mimo tego przy końcu operacyi tętno dziecka bardzo słabe, prawie nie macalne, oddech powierzchowny skłania do szybkiego ukończenia operacyi, szew węzełkowy jedwabny, poprzeczny; dziecko przestaje oddychać, sztuczne przywołanie do życia, założenie sączków w kąty rany, opatrunek jodoformowy. Kilka godzin po operacyi dziecko, które owinięto w ciepłą serwetę bardzo anemiczne, bierze jednak chętnie pierś i jest swobodne. Przebieg bezgorączkowy, zagojenie rany w przeciągu dni 14. Kol. B. przedstawia dziewczynkę, która obecnie liczy lat 4, cieleśnie i umysłowo prawidłowo rozwiniętą. W okolicy krzyżowéj widać tylko bliznę 10 cm. długą, poprzeczną. Prelegent żałuje, że preparatu anatomicznego okazać nie może. Guz ten jednak przedstawiał budowę zupełnie podobną do powyżéj opisanego. Obok licznych torbieli zawierał większe i mniejsze guzy elastyczne i zbite. Kości w torbielach nie znaleziono.

III. przypadek. Kolega B. przedstawia 20 letnią dziewczynę, która nosi od urodzenia guz wielkości pięści, wychodzący z okolicy kości krzyżowéj. W dwunastym roku życia z nieznanéj przyczyny powstał w guzie tym otworek wielkości grochu, z którego się ciągle ciecz ropiasta wydzielała. Guz musiał się pomniejszyć. Obecnie widzimy w okolicy kości krzyżowéj i ogonowéj więcéj po stronie lewéj położony guz wielkości pięści dorosłego mężczyzny, podzielony rowkiem na 2 części, z których lewa znacznie jest większa. Guz ten jest miękki, zachodzi pod kość krzyżową, wypychając kość ogonową mocno ku tyłowi. Badanie *per rectum* wykazuje silne zrosty guza z odbytnicą. Rozpoznanie: *tumor sacralis abscedens congenitus*.

Po wykładzie tym nastąpiło okazanie gorsetów z cienkich blaszek drzewnych lepionych klejem i gliceryną, roboty kol. Trzebicky'ego, nie tylko rzeczywiście odznaczających się pięknem wykonaniem, ale zarazem lekkością i trwałością.

Dr. Gross okazał gorsety ze szkła wodnego, poczem przystąpił do okazania nowego sposobu resekcyi III. gałęzi nerwu trójdzielnego od jamy ust.

II. zjazd chirurgów przewodniczący zamknął z uderzeniem godziny 4-téj, wyrażając nadzieję, że w roku przyszłym obradować znowu wspólnie będą jako sekcyja wcielona do ogólnego zjazdu polskich lekarzy, mającego się odbyć w Krakowie. Krótkość czasu nie pozwalała na wygłoszenie jeszcze wykładów kol. Stereczyńskiego: „Przypadek włoskowca gardzieli (*mycosis pharingis leptothrica*), kolegi Rościszewskiego: „O resekcyi III gałęzi nerwu trójdzielnego sposobem Ullmanna“ i kolegi Langiego: „Dwa przypadki *epispadiasis* i *ectopia vesicae*“ (z przedstawieniem chorych). Wprost z kliniki chirurg. prawie całe towarzystwo zwiedziło zamek i groby królewskie, gdyż wielu uczestników będąc po raz pierwszy w Krakowie nie miało sposobności oglądać pamiątek polskich. Pożegnalna składkowa uczta odbyła się w Grand-hotelu, gdzie do późnego wieczoru po z korzyścią przepędzonych dniach trzech bawiono się wśród miłéj koleżeńskiéj pogadanki.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, dnia 29 sierpnia. Dzienniki podały mylną wiadomość, jakoby Profesorowie Obaliński i Rydygier wyjechali do chorego ks. Jerzego Czartoryskiego do Krynicy. Prof. Rydygier bowiem bawi w Sobocie (Zopoth), a Prof. Obaliński w Szczawnicy. Przybyli już do Krakowa po dłuższéj nieobecności Proff.: Domański i Gluziński. Prof. Blumenstok wróci w przyszłym tygodniu.

* **Wiedeń**. Rząd nosi się z zamiarem uporządkowania sprawy specyjalistów, tak, aby żaden lekarz nie miał prawa uważać się za specyjalistę w pewnych chorobach, który nie może wykazać się ze szczególnych studyjów w tym względzie.

* **Berlin**. Asystenci zakładu fizyjologicznego prof. Gad i Dr. Heymans otrzymali od Akademii Paryskiéj nagrodę Pourrata za pracę pod tyt.: „Wpływ ciepłoty na funkcyję istoty mięśniowéj“.

* W Brunszwiku odbędzie się od 11—14 września Zjazd Stowarzyszenia niemieckiego dla higijeny publicznéj.

* Cholera w Hiszpanii ciągle utrzymuje się w jednakiem natężeniu. Według wykazów urzędowych aż do dnia 11 sierpnia zachorowało osób 1659, a umarło 823.

* **Mianowania**. Docent wiedeński Dr. Ludwik Piskáček mianowany został profesorem położnictwa w szkole dla akuszerek w Linzu.

* **Odznaczenia**. Burmistrz Meranu Dr. med. Józef Pischer otrzymał szlachectwo austryjackie.

* **Nekrologija**. W Królewcu umarł fizyk miejski prof. Dr. Pincus, znany z kilku prac w dziedzinie sądowo-lekarskiéj; na wyspie Wight lekarz przyboczny królowéj angielskiéj Sir William Hoffmeister.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 32: St. Radziszewskiego: Notatki z kazuistyki położniczéj wiejskiéj. — W *Gazecie Lek.* Nr. 33: S. Mintza: O metodach ilościowego określania wolnego kwasu solnego w zawartości żołądkowéj. Fr. Jawdyńskiego: Rana kłuta prawego pośladka z przecięciem tętnicy pośladkowéj i zranieniem pęcherza moczowego, oraz kilka słów o leczeniu tegoż narządu (dok.). — W *Medycynie* Nr. 33: St. Radziszewskiego: Notatki z kazuistyki położniczéj wiejskiéj. — *Gazecie Lek.* Nr. 34: Zabłudowskiego: Przyczynki do techniki masażu; Sędziaka: Kwas trójchlorooctowy w chorobach gardła, krtani, nosa i uszu.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Władysław GAJKIEWICZ: Syfilis układu nerwowego (*Odczyty kliniczne* Nr. 18, 19, 20 wyd. *Gaz. Lek.* 1890).

W zast. Redaktora odpowiedzialnego: **Dr. F. Murdzieński.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 6 Września 1890. Nr. 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Z oddziału chorób kiłowo-skórnych prymaryjusza Dra Ż. Krówczyńskiego w szpitalu powszechnym we Lwowie.

Urywki terapeutyczne

zestawił

Dr. C. Sztembarth.

O ile rozpoznawanie stanów patologicznych organizmu jak i etijologija tychże znaczne czyni postępy, o tyle sposoby zaradzenia złemu, właściwa terapija, nietylko, że sprostać tym postępom nie jest w stanie, ale częstokroć błąka się w nieskończonéj ilości coraz to nowych, zachwalanych gorąco środków, lub też starych zalecanych w innéj postaci, lub przeciwko chorobie, w któréj dotąd ich nie stósowano. Jak częste z tego powodu zawody, wie dobrze każdy lekarz praktykujący, jak również i dlaczego te zawody powstają. Nie chcę bliżéj w to wchodzić. Po większych miastach dla specyjalistów sprawa nierównie jest łatwiejszą. Łatwiéj im *a priori* ocenić właściwość lub niestosowność nowo-zachwalanego środka, łatwiéj wreszcie poczynić z nim doświadczenia w szpitalach, nim zechcą go wprowadzić w praktykę, praktyczny jednak lekarz znajduje się częstokroć w trudném położeniu. Ciążący na wielkich szpitalach, prowadzonych przez specyjalistów, obowiązek prowadzenia ścisłych naukowych spostrzeżeń i doświadczeń wraz z częstem i sumiennem publikowaniem tychże mógłby znacznie im to położenie ułatwić. Jedynie szpitale, jako stacyje doświadczalne, są w stanie uchronić lekarzy praktykujących od zbłąkania się w labiryncie nowo-proponowanych środków i od naturalnie wyradzającego się wskutek tego sceptycyzmu terapeutycznego. W poczuciu wspomnianego obowiązku na oddziale naszym robimy także doświadczenia, a zachęcony dodatnim ich rezultatem postanowiłem od czasu do czasu zdawać pokrótce sprawę z ich wyników. Na razie kilka słów o starym ale bardzo skutecznym środku, wyskoku bezwodnym (*alcohol absolutus*). Własności jego antyseptyczne, ścinające białko, obniżające ciepłotę podczas parowania, ograniczające utlenianie i nakoniec wysuszające tkanki przez wysokie powinowactwo do wody, wydały nam się już teoretycznie cennemi przy zastosowaniu go w chorobach skórnych. Wobec najnowszych postępów bakteryjologii i chirurgii przyzwyczajono się pierwszą z wymienionych własności uważać za najważniejszą a wskutek tego działanie terapeutyczne wyskoku zajęłoby jedno z poślednich miejsc, działa on bowiem 400 razy słabiéj niż sublimat, 40 niż tymol i 4 razy słabiéj od kwasu karbolowego (Husemann. *Handbuch der ges. Arzneimittellehre).* Podobny pogląd byłby zupełnie słusznym, gdyby środki antyseptyczne wogóle mogły być stósowane w organizmie bez szkody dla tegoż w takiej ilości i w takiem zgęszczeniu, w jakiem one działają stanowczo trująco na rozwój mikroorganizmów.

Gdy jednak postulat ten nigdy nie może być wykonalnym, gdy nadto wchodzi tu w grę i sama zmiana chemiczna w organizmie użytego środka antyseptycznego, dlatego działanie antyseptyczne w organizmie nie będzie miało nigdy bezwzględnéj a zawsze tylko względną wartość. Inne nie czysto antyseptyczne własności danego środka mogą być w stanie w organizmie, w którym są stosowane, poczynić takie zmiany chemiczne lub fizyczne, które w stosunku do sposobu życia danych mikroorganizmów okażą się dla tych ostatnich zabójczemi, t. j. względnie szkodliwszemi, aniżeli sama łatwość, z jaką tenże środek uniemożliwia rozwój niższych organizmów w epruwetce, co właśnie uważanem jest za miarę siły antyseptycznej danego środka. Podobne pojmowanie łatwo nam wytłumaczy nierównie lepsze działanie w niektórych stanach chorobowych środków o mniej silnych własnościach antyseptycznych, aniżeli środków silniejszych. Dokładna znajomość sposobu życia, rozwoju i działania mikroorganizmów, jak również znajomość zmian chemicznych, jakim ulega użyty środek lekarski w organizmie, byłyby w stanie dać nam zawsze dokładną miarę ocenienia siły terapeutycznéj danego środka dla danych stanów patologicznych, sprowadzonych przez też mikroorganizmy. Znajomość ta leży jeszcze daleko od nas i prędzéj nierównie będzie osiągniętą na drodze czysto empirycznéj niż teoretycznéj. Uwagi te nasunęły mi się, pragnę bowiem choć w części przedstawić teoretyczne wytłómaczenie działania terapeutycznego wyskoku w chorobach skórnych.

Stosowaliśmy alkohol w róży. Używano go w tym celu już dawniéj, mianowicie przez Balbianiego a w ostatnich czasach polecono go z kilku stron. Badania Kocha a szczególniéj Fehleisena wykazały, że przyczynę zapalenia skóry w róży stanowi rozwój w niéj koków (*streptococcus erysipelatis*), których ani pod względem morfologicznym i barwikowym, ani na podstawie sztucznéj kultury i następowego szczepienia nie można odróżnić od *streptococcus pyogenes*. Koki te rozwijają się w naczyniach limfatycznych i przestworach łączno-tkankowych szczególniéj na brzegach zapalenia skóry, gdzie naczynia chłonne są niemal niemi nabite, w miejscach zaś już zapaleniem objętych wykazać ich już nie można. Jakkolwiek przez naczynia chłonne dostają się one do krwi, w téj jednak nie znajdują warunków do życia i giną prędko, pod względem wytrzymałości zatem i zdolności do rozwoju ustępują one stanowczo *streptococcus pyogenes*.

Wychodząc z założenia miejscowo - pasorzytniczego procesu w róży, podano wiele metod jej leczenia, które miały zastąpić dawniejszą często przeciwzapalną terapiję. Metody te polegały naturalnie na stosowaniu środków antyseptycznych, jak n. p. wstrzykiwanie naokoło miejsc zajętych różą kwasu karbolowego, kreolina, rezorcyna. Jakkolwiek niektóre z tych metod w pojedynczych przypadkach dały świetne rezultaty, w wielu innych jednak okazały się bezskutecznemi. Nieznaną jest przyczyna zatrzymania się rozwoju mikroorganizmów w róży. W wielu przypadkach samoistnego zastanowienia się tego procesu rozwoju zdawałoby się, że nic nie stoi na przeszkodzie dalszemu rozwojowi koków. Ani teoryja podwyższonéj gorączkowo ciepłoty, ani też teoryja pochłaniania koków przez t. zw. fagocyty (Miecznikow) naukowo nie mogła się ostać. Tem łatwo daje się wytłumaczyć ów pozorny sukces w pojedyńczych przypadkach niektórych metod leczenia. Wobec niepewności tych metod, jak również często dość skomplikowanéj, ambarasownéj ich procedury (n. p. wstrzykiwanie po brzegach kwasu karbolowego) obecnie nawrócono się do dawnego symptomatycznego i przeciwzapalnego leczenia (Geber, *Ziemssens Handbuch* 14 tom). Stosowanie wyskoku w róży będzie miało za sobą oprócz nadzwyczajnéj prostoty wykonania i możliwość teoretycznego wyrozumowania jego sposobu działania z punktu widzenia jego własności fizyjologicznych jak i danych, uzyskanych przez Kocha i Fehleisena. Działanie jego w róży lepsze, aniżeli silniejszych środków antyseptycznych, mojem zdaniem, da się wytłomaczyć najprzód łatwością, z jaką alkohol, jako lotny, przy wcieraniu przechodzi przez skórę, powtóre zaś, co ważniejsza, własnościami jego ścinającemi białko, obniżającemi ciepłotę podczas parowania, a szczególniéj wysuszającemi tkanki. Skoro z badań Kocha i Fehleisena wiemy, że *streptococcus erysipelatis* rozwija się prawie jedynie w naczyniach chłonnych saméj skóry, a nie tkanki łącznéj podskórnéj (Baumgarten, *Lehrb. d. path. Mykologie*), a zatem dość płytko pod powierzchnią, własności wyż wspomniane wyskoku przy łatwości przechodzenia jego przez skórę działają widocznie jeszcze dość silnie, aby tkankę skórną zmienić w ten sposób, przy którym rozwój *streptococcus erysipelatis*, nie odznaczającego się nadzwyczajną trwałością, musi być wstrzymanym. Pozwolę sobie przytoczyć tu zwyczaj rozpowszechniony i praktykowany u ludu spalania róży, przy czem najważniejszą rolę zdaje się mieć samo wysuszenie tkanek chwilowe i jednorazowe. Przy swoich własnościach alkohol widocznie na tak małą głębokość działa do pewnego stopnia w stanie niezmienionym i to mu daje wyższość antyseptyczną w danym razie od środków bezwzględnie od niego silniejszych.

Pomijając jednak teoretyczne tłomaczenia i rozumowania, chcę dodać kilka słów o tem, co nam wykazało praktyczne zastosowanie wyskoku. Technika sama zbyt prosta. Całą przestrzeń objętą zapaleniem naciera się pędzlem zmaczanym w wyskoku bezwodnym, lub kwaczem z waty Brunsa, okręconéj na obsadce dość silnie, przyczem szczególnie uwzględnia się brzegi nierówne zapalenia, jako główną siedzibę dalszego rozwoju koków. Nacierać można kilka lub kilkanaście razy na 24 godzin. Najkorzystniéj jest polecać nacierania co 2—3 godzin za każdym razem wydatnie i dokładnie, co łatwo uskutecznić, bo wyskok nie sprawia ani wielkiego bólu, ani innych przykrych następstw. W razie obnażenia skóry pokrywamy ją jakąkolwiek wysuszającą maścią, np. cynkową z krochmalem (*Zinci oxydat., amyli puri aa 10, vaselini 20*) dla ochronienia od działania wyskoku.

Prymaryjusz Dr. Ż. Krówczyński stosował wyskok bezwodny w ogóle w 12 przypadkach róży, z tych część obserwowaliśmy wspólnie. W sześciu przypadkach róży twarzy leczenie trwało 2—3 dni. W 4 przypadkach róży kończyn dolnych, a mianowicie w 2 po zranieniach, a w 2 przy żylakach leczenie równie pomyślnie i prędko do wyzdrowienia doprowadziło. W jednym przypadku róży przy żylakach z wysoką do 40° C. podniesioną ciepłotą, gdzie w przeciągu 3-tygodniowego leczenia niemal wszystkie metody leczenia (kw. karbol., rezorcyna, kreolina) zawiodły, po zastosowaniu wyskoku w przeciągu 3 dni róża ustąpiła zupełnie. W jednym tylko przypadku wynik okazał się mniéj pomyślnym, a to przy róży kończyn dolnych i części tułowia, obserwowanéj po porodzie. Tu jednak nieregularny, bez pewnego typu przebieg temperatury, a raczéj przebieg więcéj podobny do tego, jaki charakteryzuje ropnicę (*pyaemia*), każe przypuszczać obok róży i inne przyczyny komplikujące, po porodzie powstałe, które przypadkowi temu odbierają siłę przeciwdowodową. W każdym razie i w tym przypadku nawet po 3-ech dniach stosowania wyskoku nastąpiło zblednienie i zmniejszenie napięcia (*turgor*) zajętych różą części ciała, chociaż i bez ustąpienia gorączki zakończył on się wyzdrowieniem zupełnem po dniach 10. W innych przypadkach gorączka po 3 dniach ustępowała zupełnie. Działanie tak korzystne wyskoku wydało nam się dostatecznym powodem polecenia go do dalszych prób, a łatwość stosowania go powinna zapewnić mu rozpowszechnienie, gdy, o czem nie wątpię, dalsze doświadczenia potwierdzą nasze przekonanie co do korzystnego działania alkoholu w róży.

Oprócz róży stosowano na oddziale alkohol w *herpes tonsurans* (jeden przypadek) i *herpes zoster* (2 przypadki). *Herpes zoster* w obu razach ustąpił zupełnie w przeciągu 5 dni. Wprawdzie zastosowanie przy *herpes roster* jest boleśniejsze przy silnem nacieraniu, rozdzieramy bowiem pęcherzyki i drażnimy obnażoną skórę. Ból jednak trwa krótko, a wznawiania się choroby po tem leczeniu nie spostrzegano. Zmiany chorobowe przy *herpes tonsurans*, jakkolwiek ustępowały zupełnie po trzechkrotnem wcieraniu, zaczerwienienie jednak miejsca zajętego pozostawało, co stanowiło dowód, że proces chorobowy zupełnie nie ustąpił, po przestaniu bowiem wcierania zmiany dwukrotnie pojawiały się na nowo, aby równie łatwo ustąpić po dalszem wcieraniu. Należy tu zatem nie zaniechać wcierania aż do chwili, kiedy skóra przybierze zupełnie blade, prawidłowe wejrzenie. Zbyt mała ilość

przypadków *herpes*, leczonych wyskokiem, nie upoważnia do twierdzenia jeszcze o jego wielkiéj wartości, w każdym razie zważywszy łatwość stosowania wyskoku i korzystny wpływ w przytoczonych przypadkach, upoważnia nas to do zachęcania, aby robiono tym środkiem dalsze doświadczenia.

II. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj Prof. Dra Madurowicza.

O mięsieniu i zastosowaniu tegoż do leczenia chorób ginekologicznych, a w szczególności wysięków zapalnych w miednicy małéj.

Podał
Dr. Maksymilijan Cercha,
drugi asystent téjże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35).

Co się tyczy krwisteków zamacicznych, to chore zgłaszały się do nas zwykle w tym okresie, gdy już około krwi wylanéj wytwarza się wypocina; mimo to przystępowaliśmy do mięsienia dopiero po ustąpieniu gorączki, nie możemy więc nic powiedzieć o wynikach świetnych, jakie otrzymywał Brandt, stosując mięsienie w okresie bardzo wczesnym. To tylko zauważyć można, że te przypadki dozwalają może najpomyślniej rokować i że w bardzo krótkim stosunkowo przeciągu czasu od 10—20 dni za pomocą mięsienia usunąć jesteśmy w stanie nawet znaczne guzy krwawe. Nigdy posiedzenia pierwsze nie trwały dłużéj nad 3 do 4 minut, przyczem wykonywaliśmy je ostrożnie, używając przeważnie ruchów drżących i robiąc przestanki, a gdy chora te zabiegi dobrze znosiła, przechodziliśmy do mięsienia silniejszego i trwającego 8—10 minut.

W przypadku wypadnięcia macicy, który mieliśmy sposobność leczyć w ostatnich czasach (gdyż nie wszystkie nadają się do tego leczenia, jak to wyżéj wspomniałem), osiągnęliśmy nadzwyczaj pomyślny wynik, trzymając się zasad podanych przez Brandta. Nie tylko że już po kilku posiedzeniach macica nie wypada, a ściany pochwy z sąsiedztwem są lepiéj złączone, ale nawet szpara sromowa przedtem na cztery palce rozwarta znacznie się zwęziła, wrzód na części pochwowéj bez leczenia się zagoił, a macica któréj długość wynosiła 12 cm. zmniejszyła się o tyle, że po dwu tygodniach długość jéj wynosiła $8^1/_2$ cm., daléj regularność, przedtem obfita i połączona z boleściami, odbywała się prawidłowo, a przypady ze strony pęcherza i odbytnicy ustąpiły w zupełności, również uczucie ciężkości i bóle w krzyżach się nie powtarzają. Jak długo to wyleczenie trwać będzie i czy będzie trwałe, przeceniać nie możemy, bo chora nasza należy do ludzi z klasy roboczéj, więc zawsze narażoną będzie na warunki usposabiające do wypadnięcia, jednak i pod tym względem są już spostrzeżenia, że nawet u takich osób stan po kilku miesiącach się nie zmienił, jak o tem wspomina Skutsch[1]), a zresztą i leczenie operacyjne, które jest niebezpieczniejsze i wymaga także 2—3 tygodni czasu, nie daje też rękojmi, że skutek po niem będzie trwały.

Rozdrażnienia nerwowego, które stanowi jeden z główniejszych zarzutów czynionych metodzie, nie zauważyliśmy nigdy. To jednak nie upoważnia nas bynajmniéj do wydawania w téj mierze stanowczego sądu, gdyż spostrzeżenia nasze odnoszą się do kobiet z klasy niższéj, u których pobudliwość nerwowa może być mniejsza. Opierając się jednak na trzech przypadkach z praktyki prywatnéj, nie mogę twierdzić (n. b. jeżeli mięsienie wykonywa się z wszelką ostrożnością), jakoby ono sprawiało widoczne rozdrażnienie nerwowe. Ponieważ w klinice dla braku miejsca, a znacznego napływu chorych, czas leczenia o ile możności staramy się skrócić, zatem obok mięsienia używaliśmy w przypadkach wypocin dawniejszych, twardych niebolesnych, kąpieli nasiadowych ciepłych z dodatkiem soli lub ługu francensbadzkiego, przestrzykiwań ciepłych i okładów wysychających. Że te środki przyczyniały się do szybszego wessania, nie ulega wątpliwości, mięsieniu jednak należy przypisać przeważny wpływ na usunięcie produktu zapalnego, bo i dawniéj przecież używaliśmy tych środków leczniczych, a jednak wynikami takiemi i to w tak krótkim stosunkowo czasie osiągniętemi nie mogliśmy się poszczycić. To też zdanie Prochownika wypowiedziane na zjeździe przyrodników w Magdeburgu 1884 roku, że mięsienie zaczynać należy, skoro już wyczerpaliśmy cały zasób środków leczniczych, nie wielu ma zwolenników, zwłaszcza, że mięsienie tem lepsze daje wyniki, im je wcześniéj stosujemy, przeciwnie zaś, gdy już sprawa zadawniona, a produkt zapalny zorganizowany twardy, włóknisty, wtedy i po tem leczeniu nie możemy się spodziewać nadzwyczajnych wyników. Brak miejsca w klinice był również powodem, że musieliśmy nieraz wypisywać chore z resztkami wypociny, które wprawdzie żadnych dolegliwości chorym nie sprawiały i za zupełnie wyleczone się uważały, nie wątpię jednak, że i te zgrubienia przy dłuższem leczeniu usunąćby się dały. Wszak Brandt sam mówi, że leczenie w przypadkach zadawnionych trwa nieraz miesiące, u nas tylko w kilku przypadkach trwało więcéj niż miesiąc. Na podstawie więc przypadków leczonych w dwu ostatnich latach w klinice prof. Madurowicza przyszliśmy do przekonania, że mięsienie zastosowane w sposób umiejętny, to jest po dokładnem rozpoznaniu, z uwzględnieniem należytem wskazań i przeciwwskazań, a wykonane ręką lekarza, znającego dokładnie stosunki miednicy małéj i umiejącego zastosować w odpowiedni sposób, zgodny z zasadami metody, jest w stanie szybcéj i pewniéj leczyć większą część zapalnych spraw, dotyczących macicy i jéj części dodatkowych i dla tego zasługuje ze wszech miar na dalsze w tym kierunku doświadczenie i na to, aby szersze koło lekarzy tym sposobem leczenia posługiwać się mogło.

W końcu na poparcie moich spostrzeżeń przytaczam historyje tych chorych, u których wyleczenie nastąpiło jedynie i wyłącznie pod wpływem mięsienia i ograniczę się tu dla krótkości, do dat anamnestycznych i rozpoznawczych, podając w kilku słowach wynik badania podczas przyjęcia choréj i wynik badania w chwili jéj wystąpienia z kliniki. Te daty sądzę wystarczą, aby wyrobić przekonanie o pomyślnych skutkach mięsienia w przebiegu pewnych chorób ginekologicznych i zachęci do nowych prób, które przyczyniłyby się do utrwalenia dotychczasowego korzystnego sądu wielu ginekologów o tym sposobie leczenia.

1) Anna Cz., lat 28, stanu wolnego, przyjęta do kliniki dnia 18/10 1889 r.

Wywiady. Pierwsza regularność w 16 roku życia i odtąd prawidłowo się odbywała. Rodziła dwa razy, ostatni poród przed 2-ma miesiącami. Opuściła szpital dnia 10-go po porodzie. W cztery dni doznała znacznych bólów dołem i parcia na mocz, poczem wystąpił silny dreszcz i gorączka. Bóle dołem i parcie na mocz utrzymywały się długo, również dreszcz powtarzać się miał co dnia. Stolec zaparty.

Stan obecny, w dniu 18/10. Ciepłota 38·2, tętno 110, nikłe. Brzuch wypuklony, kiszki rozdęte. Na 3 palce nad spojeniem łonowem w linii środkowéj guz przechodzący więcéj na lewo i sięgający aż do kolca biodrowego lewego, po stronie prawéj guz przekracza linię środkową aż do gu-

[1]) *Fortschritte des Medicin*, 1887, B. 13.

zika biodrowo-łonowego. Guz ten dosyć twardy, o brzegach nie dosyć ostro odgraniczonych, o powierzchni falistéj, nieruchomy i nieco bolesny. Odgłos nad nim stłumiony. Przedsionek sinawo różowy, błona śluzowa rozpulchniona, z pochwy wydobywa się mierna ilość śluzu brunatnawego. Ciepłota w pochwie podwyższona, ściany pochwy pulchne, soczyste. Część pochwowa dosyć wysoko ustawiona, również pulchna, po stronie lewéj krótsza, niż po prawéj, nieco na stronę prawą przesunięta, ujście szparowate z wrębami. Dalszy ciąg części pochwowéj w sklepieniu przedniem i prawem, macica powiększona jak w 3 miesiącu ciąży, miękka, mało ruchoma. Sklepienie lewe obniżone, ciężkie, szersze niż prawe, bolesne; błona śluzowa nad niem nieprzesuwalna, podobnie się przedstawia część sklepienia tylnego i przedniego na lewo. Sklepienie prawe węższe, wolne. Wypuklenie to sklepienia pochodzi od dolnego odcinka guza, który można wybadać przez powłoki brzuszne. Guz ten jest prawie nieruchomy. Na palcu śluz brunatnawy. Wziernik wykazuje zasinienie pochwy i cz. pochwowéj, większe rozpulchnienie, a z ujścia macicy wypływa śluz brunatnawy.

Rozpoznanie. *Exsudatum peri- et parauterinum sinistr. Subinvolutio uteri.*

Leczenie w pierwszych dniach z powodu, że chora gorączkowała, polegało na zaleceniu bezwzględnego spokoju, podaniu środka przeczyszczającego (*ol. ricini*), zastósowaniu okładu wysychającego i środka kojącego (*tra opii simpl. v. suppositorium cum muriat. morphii*).

Dnia 28/10, to jest w 3 dni po ustąpieniu gorączki, przystąpiono do mięsienia, z razu lekkiego i trwającego trzy minuty, późniéj silniejszego i trwającego 5—8—10 minut; po mięsieniu stosowano okład wysychający.

Dnia 3/11 wystąpiły po mięsieniu bóle dołem bez podniesienia ciepłoty, wskutek czego przerwano na dwa dni posiedzenia, poczem znowu powrócono do dawnego leczenia. Nietylko naciek z dnia na dzień się pomniejszał, ale macica również znacznie się zmniejszyła, miąższ zjędrniał, a odchody brunatne zmieniły się w śluzowe.

Dnia 29/12 chora opuściła klinikę wyleczona, a badanie tego dnia uskutecznione wykazało: odżywienie dobre, cera zdrowa, macica prawidłowéj wielkości w antefleksyi fizyjologicznéj, ruchoma. W sklepieniu po stronie lewéj nieznaczne tylko zgrubienie.

W tym przypadku zatem przez mięsienie osiągnęliśmy w pierwszym rzędzie szybkie zwijanie się macicy i wessanie prawie bez śladu znacznéj wypociny.

2) Cz. Maryja, l. 35, zamężna, przyjęta do kliniki dnia 6/11 1889 roku. Wywiady: Regularność dawniéj prawidłowa. Rodziła raz przed 6-ciu laty. W połogu miała przebyć zapalenie około macicy. Od lat pięciu zauważyła obniżanie się jakiegoś ciała do sromu, szczególniéj przy parciu na stolec, który zawsze był zaparty, przy tem doznawała bólów dołem i w krzyżach, częstego parcia na mocz, regularność od 5-ciu lat połączona z bólami i obfitsza, podczas spółkowania doznaje bólów.

Stan obecny. Odżywienie dobre, osoba nadzwyczai nerwowa, kiszki rozdęte. Nad spojeniem łonowem i pachwinami nie ma oporów nadzwyczajnych. Odgłos bębenkowy. Srom rozwarty, wejście do pochwy zatkane ścianami pochwy, w miejscu więzadełka blizna. Wejście szerokie. Część pochw. bardzo nisko ustawiona, dwie falangi długa, stożkowata, twarda. Dalszy ciąg macicy w przedłużeniu tylnéj ściany pochwy ku kości krzyżowéj, macica nieco większa, twardsza; w tylnem sklepieniu na lewo, jakby wiąz postronkowaty napięty, macica nie daje się odprowadzić, a próby w tym kierunku sprawiają ból znaczny, przyczem ów postronek napina się znacznie. W sklepieniu prawem ciało odpowiadające jajnikowi powiększonemu, bolesne i mało ruchome, zresztą sklepienia wolne. Zgłębnik maciczny wykazuje długość macicy 9 cm. Wziernik wykazuje, że część pochwowa ma więcéj pomarańczowo różową barwę, z ujścia występuje śluz.

Rozpoznanie. *Descensus uteri, retroversio fixata, peri- et oophoritis dextra, metritis et endometritis.*

Chorą przysłano w celu wykonania amputacyi części pochwowéj. My zaś ułożyliśmy plan następujący: rozluźnić za pomocą mięsienia zrost w tylnem sklepieniu, utrzymujący macicę w położeniu nieprawidłowem, jak również sprowadzić przez mięsienie wessanie wypociny około jajnika prawego, a wtedy może dopiero wykonać odcięcie części pochwowéj.

Dnia 9/11 przystąpiono do mięsienia tak zrostu jak również jajnika prawego i macicy, przyczem palec wprowadzony do odbytnicy podpierał te części, które ręka przez powłoki mięsiła. Mięsienie i naciąganie zrostu dawało się wykonywać mimo nerwowości choréj bez przeszkód i po kilkunastu mięsieniach można było stwierdzić, że macica jest więcéj ruchoma, odprowadzanie jéj nie jest tak tkliwe, macica daje się ku górze wysunąć, przez co i część pochwowa stała się krótszą, a nasza myśl odcięcia jéj zaczęła ustępować, jajnik prawy prawie niebolesny i nie daje się tak łatwo wybadać jak dawniéj; upławy znacznie się zmniejszyły. Co dzień dwa razy wystrzykiwania z ciepłéj wody.

Dnia 18/11 wystąpił peryjod mniéj obfity i znacznie mniéj bolesny, mięsienie przerwano na dni pięć. Dnia 24-go listopada przystąpiono ponownie do mięsienia, które trwało do dnia 10/12. Chora na własne żądanie opuściła klinikę. Badanie tego dnia przedsięwzięte wykazało: macica znacznie wyżéj usadowiona, zupełnie ruchoma, dająca się odprowadzić; jajnika prawego wybadać nie można, w sklepieniach niema żadnéj bolesności, trzon macicy nieco większy, długość macicy $8^1/_2$ cm. Właśnie mieliśmy przystąpić do odprowadzania macicy i wykonywania unoszenia téjże, gdy jednak chora nie chciała dłużéj pozostać, musieliśmy po odprowadzeniu założyć krążek i poleciliśmy choréj zgłosić się, gdyby wypadł.

W tym przypadku za pomocą mięsienia osiągnęliśmy rozluźnienie zrostów i wessanie wypociny około jajnika, wskutek czego, jak również przez zjędrnienie tkanin tenże zajął swe położenie prawidłowe. Dodać należy, że chora dłuższy czas leczyła się bez skutku. (C. d. n.)

III. Z pracowni profesora Cornila w Paryżu.

O udziale krwi w powstawaniu produktów zapalnych.

Napisał
Andrzéj Obrzut z Pragi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35.)

Z opisu powyższych przypadków marskości wątroby wnioski nasuwają się same przez się. Szczegółowego opisu innych przypadków, które miałem do dyspozycyi, nie przytaczam. We wszystkich zmiany były jednakie. Różnice były tylko ilościowe. W jednych tkanka łączna zastępowała znaczne części miąższu wątrobowego, w innych tylko obwodowe części zrazików były zniszczone. Tylko tkanka łączna okazywała pewne różnice i tak: w niektórych przypadkach była ona więcéj zbitą, miejscami prawie jednolitą, w innych była delikatnie siatkowatą, co ma głównie miejsce w tak zw. przerostowych postaciach marskości. Ta ostatnia właściwość nowopowstałéj tkanki łącznéj, która ją może mniéj usposabia do kurczenia się, jakoteż sposób jéj rozmieszczenia w miąższu, okazały mi się jako jedyne różnice postaci przerostowéj marskości. Te cechy nowowytworzonéj tkanki łącznéj znajdujemy jednak w niektórych częściach miąższu zajętego postacią przerostową tak, że w zasadzie marskość zanikowa i przerostowa okazują tylko różnice ilościowe. Jedna i druga składa się z tych samych składników. Nie mogłem nigdzie stwierdzić, jakoby dla przerostowéj postaci punktem wyjścia sprawy zapalnéj były naczynia żółciowe około lub śródzrazikowe. Liczne pseudokanaliki nie są wyrazem tego, bo i w postaciach zanikowych spotykamy te twory i to w ogromnéj ilości. Na pewne daléj twierdzić mogę, że nie są one produktem bujających prawdziwych przewodów żółciowych i nie łączą się z niemi. Masa injekcyjna Ackermana, jeźli wnikła do nich, to stało się to za pomocą dróg sztucznych, wywołanych parciem nadmiernem. Preparaty pochodzące z roczynu

Fleminga i dostatecznie cienkie pozwalają nam z łatwością widzieć najdelikatniejsze szczegóły w pseudokanalikach. Nigdy prawie nie widać między temi szeregami komórek charakteru przybłonkowego ani śladu jakiegoś kanału. Trudno zatem pojąć, gdzie mogła wniknąć masa injekcyjna.

Jak nigdzie nie zauważyłem komunikacyi pseudokanalików z prawdziwemi przewodami żółciowemi, tak bardzo często można widzieć ich ścisły stosunek z beleczkami wątrobowemi. Bardzo często przedstawiają się te kanaliki jako dalszy ciąg beleczek. W obwodowych komórkach beleczki, przytykających do nowotworzonéj tkanki łącznéj międzyzrazikowéj, widzimy często na brzegach pierwoszcza liczne komórki charakteru przybłonkowego lub komórki limfatyczne. Jądro dotyczącéj komórki wątrobowéj znajduje się zdala od jąder na obwodzie pierwoszcza ułożonych i nigdy w niem nie zauważyłem figur karyjokinetycznych. Objaw ten uważam za początek pseudokanalika, a grupy komórek zjawiające się w miejscu dawnych beleczek są składnikami imigrowanemi do wnętrza mieszka, komórkami wątrobowemi wypełnionego. Po wyłączeniu jąder komórek wątrobowych, jako źródła tych jąder stanowiących późniejszy pseudokanalik, pozostają nam tylko dwa możebne sposoby powstawania tychże. A mianowicie albo komórki śródbłonkowe ścian przylegających naczyń włosowatych przez proliferacyją dają początek tym jądrom, które późniéj wnikają w obwodowe części pierwoszcza komórki wątrobowéj, albo są to ciałka białe krwi, które wnikają do beleczki w miarę jéj zaniku i obrzmiewając czyli raczéj wzrastając, dają początek owym szeregom komórek, zwanych pseudokanalikami. Przeciw pierwszéj możebności przemawia ta okoliczność, że na jądrach komórek śródbłonkowych nigdy nie zauważyłem mitoz, ani powiększenia liczby tych jąder. I to źródło pochodzenia tych jąder musimy wykluczyć. Pozostają nam więc leukocyty, imigrujące do wnętrza beleczki, jako jedyny początek pseudokanalików. A za tem przemawia wiele okoliczności. Najpierw ta, że na obwodzie komórek wątrobowych znajdujemy faktycznie leukocyty, że między niemi a jądrami pęcherzykowatemi pseudokanalika mamy i jądra pośrednie, podobne do jednych i drugich. Że składniki krwi wnikać mogą i faktycznie wnikają do mieszka beleczek wątrobowych, za tem świadczy i ta okoliczność, że pomiędzy ścianą naczynia włosowatego, a nowopowstającym pseudokanalikiem, resp. istniejącemi jeszcze komórkami w przestworze wolnym, nieraz dosyć szerokim, znajdujemy leukocyty, a nawet ciałka czerwone krwi. Że z jednéj komórki limfatycznéj wnikłéj do wnętrza mieszka przez proliferacyją téjże mogą powstać nowe, nie da się *a priori* wykluczyć, chociaż nic za tem nie przemawia. Z uwagi że istota chromatyczna jader pseudokanalika nie okazuje nigdy ani śladu objawów dzielenia, jest w skąpéj zawsze ilości, przypuścić musimy, że wszystkie te komórki są imigrowanemi z sąsiedniego naczynia włosowatego. Dlaczego w jednych razach w miejscu dawnych komórek wątrobowych powstaje pseudokanalik, w innych razach cały mieszek beleczki przemienia się w tkankę łączną, na to badanie mikroskopowe nie daje nam wyjaśnienia.

Jeżeli zreasumujemy nasze spostrzeżenia dotyczące sprawy nowotwórczo-zapalnej w wątrobie, to przedewszystkiem uderza nas zupełnie bierne zachowanie się stałych składników wątroby, a mianowicie stałych komórek tkanki łącznéj i śródbłonków naczyń. Głównym materyjałem, z którego powstaje tkanka łączna, były ciałka czerwone krwi. Jakie znaczenie przypisać należy ciałkom białym, na to pytanie trudno odpowiedzieć. Widzieliśmy tylko, że w pewnych okresach zapalenia, które za początkowe uważamy, w tkance łącznéj znajduje się ich wielka ilość. Ale jak to z przedstawienia naszych przypadków widzieliśmy, nie jestto koniecznym objawem. I tak delikatnie siatkowata, jakoteż więcéj zbita lub nawet jednolita tkanka łączna mogła powstać bez znaczniejszego ich nagromadzenia, a widzieliśmy to z całą dokładnością przy *cirrhose d'origine cardiaque* autorów, przy téj marskości, która powstaje pod wpływem zastoiny wywołanéj wadą sercową. Tu w nowotworzonéj tkance łącznéj, sądząc po stosunku przestrzeniowym téjże do jéj składników komórkowych, (abstrahując od stałych komórek), leukocyty znajdowały się w téj ilości, jak w krwi podobną przestrzeń zajmującéj. W miejscach, gdzie ciałka czerwone okazywały pierwsze okresy przemiany w tkankę łączną, leukocyty były często niezmienione, w innych razach przybrały kształt jąder epitelioidowych lub wrzecionowatych.

Znacznie fizyjologiczne stałych komórek w tkance łącznéj dorosłéj nie jest nam dotąd znane, dlatego też trudno jest oznaczyć ich rolę w tkance łącznéj w okresie nowotworzenia téjże. Być może, że mają one wpływ na stosunki odżywcze, na sposób krążenia soków odżywczych w téj tkance, że przez to wpływają na dalsze ukształtowanie się téjże, na stopień jéj zbitości, nadając pewne kierunki włóknom i istocie szklistéj jednolitéj, na jakie ciałka czerwone się przemieniają.

W naczyniach tkanek uległych zapaleniu stwierdziliśmy większą ilość leukocytów niż to odpowiada prawidłowemu stosunkowi ilościowemu tych składników do ciałek czerwonych. Stwierdziliśmy daléj objawy, które za przemianą ciałek czerwonych w białe świadczą z wielkiem prawdopodobieństwem. Spostrzeżenia, o których poniżéj będzie mowa, dostarczą nam dalszych podstaw na poparcie tego przypuszczenia na pozór tak nieprawdopodobnego.

Jak widzieliśmy, badanie mikroskopowe preparatów ze zwlok ludzkich pochodzących dało nam cenne wskazówki do zrozumienia całéj przyrody sprawy nowotwórczo zapalnéj. Dla bliższego określenia roli ciałek czerwonych i białych przy zapalnem nowotworzeniu tkanki łącznéj wykonaliśmy szereg doświadczeń, mających na celu sztuczne wytworzenie takiéj tkanki w narządach lub ciałach obcych, wprowadzonych do tkanek żyjących.

W tym celu wycinałem królikom kawałki różnych narządów (wątroby, nerek i gruczołów mlecznych), badając tkankę łączną, która w różnych okresach nagromadza ubytek istoty. Wprowadzałem daléj królikom różne ciała obce do tkanki podskórnéj, do jamy brzusznéj, do wątroby (kawałki płuc stwardłe w alkoholu, gąbki, rdzeń bzowy i dwa szkiełka spojone na czterech rogach w ten sposób, że pomiędzy niemi pozostawała wolna przestrzeń grubości cienkiego szkiełka pokrywkowego (*couvre objet.*). (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

O wynikach wieszań we wiądzie mlecza za pomocą aparatu Muczutkowskiego,

skreślił

Stanisław Daniłło — docent akad. lekarskiéj.

i Emil Przychodzki — ordyn. pryw. kliniki psychiatr. w Petersburgu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35).

Przypadek III. M. W., lat 40, lekarz, przebył kiłę, mając lat 20, *abusus in Baccho* nie było. Rozwój choroby nastąpił w 27-ym roku życia przez pojawienie się parestezyj kończyn dolnych, przez chód atiktyczny, ból w krzyżu. Bada-

jąc chorego, zauważono: że chodzić nie jest w stanie, jakkolwiek siła mięśniowa dolnych kończyn pozostała zupełnie nienaruszoną; wówczas nawet, gdy chory, siedząc zamruży oczy, zauważyć można było wybitne kołysanie się tułowia. Czucie nieco zmniejszone (termiczne i bolesne na kończynach dolnych, głównie zaś w okolicy obydwu goleni; odruchów ściegienno kolanowych brak zupełny; źrenice jednakowéj wielkości, obie silnie zwężone, ich oddziaływanie na światło i akomodayję znacznie osłabione. Osłabienie czucia mięśniowego w odnogach dolnych wybitne. Chwilami pojawia się u chorego uczucie zapełnienia i ciężkości w okolicy żołądka lub też ściskania klatki piersiowéj, jakby z pomocą gorsetu. Oddawanie moczu utrudnione, strumień dość słaby i przerywany, przy każdem prawie oddawaniu silne nadymania się chorego. Czynności płciowe znacznie osłabione, jednak choć bardzo rzadko, chwilami pojawiają się słabe erekcyje. Czynności zaś przewodu pokarmowego także zmienione, zaparcia długotrwałe wywołują jednorazowe rozwolnienia. Silne i długotrwałe strzelające bóle w kończynach dolnych, wskutek czego częsta bezsenność. Stan chorego ogólny i nastrój jego psychiczny niezadowalający: chory widocznie przygnębiony, jako lekarz odczuwa więcej niż ktokolwiek inny, swoją ciężką chorobę.

Wieszania rozpoczęliśmy w tym przypadku 9/10 i ukończyliśmy ich szereg 2/12; w owym szeregu wszystkich wieszań było 23. Pierwsze wieszanie trwało $^1/_2$', przyczem nie zauważyliśmy żadnych nieprzyjemnych skutków; następne zaś 3 wieszania trwały po 1' każde. Po 4-em wieszaniu bóle strzelające w kończynach dolnych prawie zupełnie znikły, strumień moczu począł być silniejszym i jednostajniejszym, bez przerw, sen znacznie się polepszył, jak również nastrój psychiczny chorego. Po 5-em i 6-em wieszaniu, z których każde trwało 2', chory zauważył, że łaknienie się polepsza, a zwykłe zaparcia ustępują, przyczem stolec codzienny prawidłowy. Po 7-em wieszaniu (3') chory stara się poruszać kończynami dolnemi i przy pewnéj pomocy ze strony służących stara się chodzić, stojąc dość silnie, podczas gdy przed rozpoczęciem wieszań chorego noszono. Podczas następnych wieszań 8, 9, 10 (z których każde trwało po 3') stan chorego ogólny tak pod względem psychicznym, jak pod względem fizycznym był stosunkowo zadowalającym, wyjąwszy jednak nieznaczne zboczenia w czynności kiszek (zaparcie stolca i rozwolnienie) i podczas owych zboczeń brak łaknienia. Po 11, 12 i 13 em wieszaniu (każde trwało po 4') owe zaburzenia ze strony kiszek znikły, a łaknienie się zwiększyło. 7/11 (starego stylu) chory stąpa, jakoby pewniéj, lepiéj, silniéj, robiąc uwagę, że obecnie uczuwa podłogę, po któréj stąpa, czego poprzednio nie było, nie skarży się więcéj na żadne bóle; parestezyje, które go niepokoiły (gorset wokoło klatki piersiowéj), znikły, wogóle czuje się najzupełniéj dobrze, śpi, jak gdy był zdrowym. Po 14-em wieszaniu stan chorego zadowalający, w niczem się nie zmienia, przytem sam zwraca uwagę na to, że obecnie myjąc się, daleko mniéj odczuwa kołysania się nawet stojący, gdy przedtem kołysanie było silne nawet przy siedzeniu, jeżeli zmrużył powieki. Po 15-em wieszaniu, chory zaczął skarżyć się na silne łamania we wszystkich członkach, brak łaknienia, dreszcze, gorączkę, ból głowy; ciepłota wieczorem wzniosła się do 38·5° C. Wskutek tych objawów, wskazujących na powikłanie ze strony grypy, wieszań zaprzestano na 4 dni. Niezbędnie wspomnieć, że 15-te wieszanie, które miało miejsce już podczas grypy, nieco pogorszyło stan chorego w tym względzie, że bóle strzelające kończyn dolnych i tułowia, które były zniknęły, znów się pojawiły. Nie można jednak na pewno wyrzec, wskutek czego nastąpiło owe pogorszenie, czy wskutek grypy, czy też wskutek podstawowéj choroby. Łaknienie i sen podówczas się pogorszył, a chory zaczął skarżyć się na ogólne osłabienie i łamanie w członkach. Po dwu dniach wszystkie wyżéj wspomniane objawy, jako prawdopodobnie skutki grypy przeszły, a wieszania zaczęliśmy nadal stósować. Po 17-em wieszaniu, które trwało tylko 3 minuty, dawniejszy dobry stan powrócił: bóle parestezyjne znikły bez śladu, erekcyje i polucyje pojawiły się znowu, których już dawno nie było; łaknienie, sen i stan ogólny chorego znacznie się polepszył. Wobec tego, że polepszenie postępowało od czasu przejścia grypy, można myśleć, że pogorszenie nastąpiło tylko wskutek téj ostatniéj choroby. Po 21 em wieszaniu (4 minuty) chód znacznie lepszy, lecz chory potrzebuje jeszcze pewnéj pomocy ze strony służących. Wkrótce po 1-éj erekcyi nastąpiła 2-ga (po 12-tu dniach), lecz bez polucyi.

W rezultacie wieszania, wliczając w nie i dwa ostatnie (22 i 23 po 4 minuty każde), dały następujące wyniki: niewątpliwe polepszenie chodu, zmniejszenie kołysania się, zniknięcie wszelkiego rodzaju bólów i parestezyj, polepszenie czynności pęcherza moczowego, narządów płciowych i kiszek, lecz główni zauważyliśmy w tym przypadku szczególniéj znaczne polepszenie łaknienia, snu i stanu ogólnego chorego. Na objaw Westphala i stan źrenic wieszania prawie zupełnie nie wpłynęły.

Przypadek IV. T. S., lat 36, oficer[1]). Przeszedł kiłę w 25-ym roku życia. W 26-ym zauważył liczne parestezyje w całem ciele. W 35 ym parestezyje zwiększyły się i zjawiły się bóle strzelające w kończynach dolnych. W początku 1889 chód był utrudnionym i zjawiło się kołysanie (objaw Romberga), przeważnie występujące w ciemności, lub gdy chory mył się i zamykał oczy. W czerwcu tegoż roku, po przebytem zapaleniu cewki moczowéj, przeziębieniu się i jakowéjś gorączce, bóle strzelające w kończynach znów się wzmogly; do tego przyłączyły się liczne parestezyje, w rodzaju ściskającego nadbrzusze pasa, pełzania mrówek i drętwienia rąk i nóg i t. p., prócz tego nakoniec stałe zaparcie stolca i chód niepewny. Podczas pierwszego badania zauważyliśmy wyraźny niepewny chód ataktyczny, objaw Romberga i brak obydwu odruchów kolanowych; źrenice równe, nieco rozszerzone, na światło i akomodacyję, oddziaływają słabo i powoli; strumień moczu słaby i nierówny, przy oddawaniu moczu silne wydymania się, erekcyje słabe i rzadko pojawiające się; rzadkie także polucyje; chory skarży się na pewne trudne do określenia ściskanie palców nóg, ciśnienie w okolicach pachwinowych, w okolicy żołądka i w stawach biodrowym i kolanowym. Wszystkich wieszań u tego chorego zastosowaliśmy 16 (od 28/10 do 2/12). Pierwsze trwało 1 minutę; żadnych nieprzyjemnych następstw ono nie wywołało, 2 następne wieszania po 2 minuty każde żadnych nie wywołały wyników. Po 4-em wieszaniu, według słów chorego, chód jakoby miał być pewniejszym; parestezyje zmniejszyły się, bóle były słabsze, strumień moczu silniejszym i mniéj przerywanym; czynności przewodu pokarmowego znacznie się polepszyły, a z niemi powiększyło się łaknienie; sen bezwątpienia się polepszył i wogóle chory zaczął czuć się zdrowszym, silniejszym i więcéj rześkim. Po 5-em wieszaniu, które trwało $3^1/_2$ minuty, bóle strzelające w kończynach dolnych znów się pojawiły, lecz były daleko słabsze, niż pierwéj, toż samo możnaby powiedzieć o najróżniejszych parestezyjach. Strumień moczu stał się słabszym, lecz jak poprzednio bez przerwy: sen znów się pogorszył, jak również łaknienie i stan psychiczny chorego. Po następnem wieszaniu zauważyliśmy znaczne polepszenie: ataksyja nóg słabiéj wyrażona, chód pewniejszy, trwalszy, przy myciu się kołysanie mniéj znaczne, niż poprzednio; objaw Romberga nieznaczny; bóle i parestezyje znikły bez śladu; strumień moczu dość silny, jak w stanie zdrowia i bez przerw; w nocy była erekcyja i polucyja; czynności przewodu pokarmowego, a z niemi łaknienie, sen i ogólny stan chorego znacznie się polepszyły. 7-me i 8-me wieszania znacznych zmian nie sprowadziły. Pomiędzy 8-em i 9-em wieszaniem chory dostał grypy (t. 38·2°C.); w związku z nią zły sen i łamanie w członkach. Po ustąpieniu grypy, już na 3-ci dzień, czuł się chory pod każdym względem zupełnie dobrze, znikły parestezyje, a sen był prawidłowy. Począwszy od 9-go do 13-go wieszania włącznie znaczne zmiany w stanie chorego nie zaszły, wyjąwszy jednak zmniejszenie zaparcia stolca i pojawienia się erekcyi z polucyją. 14-e wieszanie dało znaczną poprawę chodu pod względem pewności i energii ruchów. Przy zwrotach zauważało się jednakże bardzo lekkie kołysanie się chorego; objaw Romberga prawie znikł zupełnie, prócz tego erekcyje i polucyje znacznie stały

[1]) Chorego przysłał do jednego z nas (Daniłło) prof. W. Tarnowski.

się częstszemi. Stolce prawidłowe, sen i łaknienie zupełnie zadowalające. Po 15-em wieszaniu chory dość swobodnie biegł i mógł prędko wchodzić na schody; osłabienia nie odczuwał i nieprędko się męczył. Nareszcie ostatnie 16-te wieszanie, trwające 4 minuty razem z poprzedniemi, dało następujące wyniki: chód znacznie się poprawił i chory mógł przez dość długi czas biedz na palcach, albo nawet z nieco zgiętemi kolanami (w pantoflach jednakże lub kaloszach mógł chodzić i biedz daleko pewniéj); schodząc ze schodów i wchodząc na nie wyraźnie odczuwa poprawę znaczną chodu; objaw Romberga bez wątpienia w znacznym stopniu zmniejszył się; bóle strzelające i parestezyje znikły, czynność pęcherza moczowego bez wątpienia się wzmogła; czynność narządów płciowych znacznie się polepszyła i erekcyje stały się częstszemi i silniejszemi, a polucyje obfitszemi (ostatnia erekcyja z obfitą polucyją nastąpiła pomiędzy 15-em i 16-em wieszaniem); czynność kiszek stała się prawidłową, jak również łaknienie; wskutek tego sen i stan ogólny chorego dosięgły znacznéj poprawy; odruchy ścięgienne kolanowe i oddziaływanie źrenic pozostały bez zmiany. Trzeba dodać, że chory podczas wieszań gimnastykował swoje kończyny dolne; o gimnastyce téj kilka słów poniżéj. (C. d. n.)

Choroby nerwowe.

Dr. Herzog: **O wpływie zakaźnym nerwic.**

I. Nauczyciel 30 letni od 4 lat żonaty, którego ojciec był hypochondrem, od lat trzech cierpiał na pewne napady nerwowe, które co 4 tygodnie się powtarzały. Napady te objawiały się w sposób następujący: Kilka dni przed napadem czuł się chory znużonym i osłabionym. Potem wystąpiły bóle ciągnące w krzyżach, które rozpromieniały się aż do kości ogonowéj, brak łaknienia, a za to skłonność do pewnych potraw, pragnienie, bóle brzucha i biegunka. Objawy te trwały zwyle 2 do 4 dni, a potem ustąpiły, pacyjent czuł się zdrowym krzez 4 tygodnie następne, po których znów napad wystąpił. Pokazało się, że te napady występowały równocześnie p miesiączką żony. Ta cierpiała na znaczne dolegliwości mieziączkowe. „Już 2 do 3 dni przed wystąpieniem regularności sopowiada chory), czuje moja żona ciągnienie w udach i krzyżach, bóle w kości ogonowéj, zupełnie tak samo jak ja. Potem zupełnie jak u mnie występuje brak łaknienia, osłabienie i apetyt do pewnych potraw.“

Badanie chorego nie okazało nic chorobowego. Tylko w czasie napadu była wyraźnie podwyższona kwasota żołądka. Leczenie za pomocą przepłukiwania żołądka, obmywań zimnych i faradyzacyi brzucha oddziałało psychicznie na chorego tak, że napady stały się coraz rzadsze, aż wreszcie zupełnie ustąpiły.

II. Kobieta 29-letnia przedstawiła się autorowi ze skargą, że cierpi na napady bardzo gwałtownego bólu głowy po stronie lewéj, a małżonek jéj oświadczył, że „ma zupełnie tę samą historyję co żona.“ Ten cierpiał od 3½ roku, tamta od lat 3-ch. Od dwóch lat ból głowy zawsze równocześnie obojga nagabuje, z téj saméj przyczyny i na tem samem miejscu. Przed dwoma laty umarł im szwagier umysłowo chory, wtedy sobie pomyśleli, „że i im to stać się może“, dostali równocześnie napadu bólu głowy, który od tego czasu dość często, a zawsze równocześnie i z taką samą siłą ich nagabuje. Polecono, ażeby przy zbliżaniu się napadu para ta zażywała proszki (*Antiferini et Antipyrini ää* 0·25 gr.), a wtedy napady będą łagodniejsze i szybko miną, a mianowicie nagle u męża, powoli u żony. Suggestyja ta była połączona ze świetnym skutkiem. Kobieta zgłosiwszy się znów po jakim czasie opowiadała, że tak się stało, jak im przepowiedziano, gdyż napady bólu głowy, jakkolwiek jeszcze równocześnie u obu małżonków występują, złagodniały i stały się rzadszemi. (*Arch. f. Psych.* XXI, 1889, 1).

Kiwult: **Przyczynek do kazuistyki połowiczego przerostu twarzy, wrodzonego.**

Wrodzony połowiczy przerost twarzy należy do największych rzadkości. Dotąd opisano dopiero pięć takich przypadków. Autor obserwował taką sprawę u dziewczyny 18-letniéj, pochodzącéj z rodziny zdrowéj. Asymetryję obu połów twarzy zauważono już przy urodzeniu się dziecka. Przerost prawy twarzy połowiczy rósł razem ze wzrostem dziecka i doszedł do kolosalnych rozmiarów. Dziewczyna zresztą nie okazuje żadnych zboczeń ani cielesnych, ani umysłowych. Asymetryja ta odnosi się do czoła i lica prawego, które tworzy obrzęk bardzo znacznych rozmiarów i który ku górze pokrywa oko prawe. Nos i prawy kąt ust pociągnięte ku dołowi. Wargi po téj stronie prawie trzy razy tak grube, jak po lewéj, a także język okazuje w swéj połowie prawéj znaczne zgrubienie. Za pomocą obmacania przekonać się można, że asymetryja twarzy jest następstwem nie tylko przerostu części miękkich, ale i kości.

Badanie drobnowidowe kawałka wargi wyciętéj ze względów kosmetycznych okazało, że zgrubienie takowéj było następstwem przerostu tkanki tłuszczowéj i tkanki łącznéj. Nigdzie nie było zmian zapalnych. (*Fortschr. d. Med.*, VIII., 1890, 4). *Dr. Süsskind.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lwowska Tow. lekarzy galicyjskich

Posiedzenie z dnia 24-go maja 1890 r.

Przewodniczący kol. Bylicki, członków obecnych 23.

1) Kol. Prus przedstawia chorą z chorobą Menièra.

Kol. Piotrowski zaznacza, że prelegent nie uwzględnił dostatecznie samego pojęcia choroby Menièra, mianowicie za mały nacisk położył na główny symptom, t. j. szum lub świst potęgujący się okresowo w czasie napadów.

Tu chora stanowczo przeczy, aby miała świst, a bodaj tylko szum w uchu, twierdzi, że zawsze dobrze słyszała, zatem o chorobie Menièra mowy być nie może. W przypadku tym mamy do czynienia z porażeniem nerwu twarzowego, obok którego występują od czasu do czasu lekkie zawroty głowy.

W dyskusyi zabierają głos koll. Schramm i Jendl. Ostatni popierając wywody kol. Piotrowskiego twierdzeniem choréj, która kilkakrotnie wypytywana z naciskiem powtarza, że nigdy na to ucho gorzéj nie słyszała, mimo potęgujących się coraz więcéj zawrotów głowy.

2) Kol. Wehr kończy swój wykład o promienicy z demonstracyją preparatów. Za piękny i wyczerpujący wykład, który ma być drukiem ogłoszony, podziękowali koledzy prelegentowi oklaskami.

W sprawozdaniu z posiedzenia poprzedniego zaszła mylka; opuszczono bowiem wykład kolegi Piotrowskiego o elektryczności statycznéj z demonstracyją maszyny, systemu Eulenburga, Kirschmanna oraz demonstracyje 3-ch chorych z porażeniem nerwu twarzowego (od najlżejszego do najcięższego według Erba), gdzie elektryczność statyczną z jak najpomyślniejszym wynikiem stosowano. *Dr. Teodor Jendl.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 16/4 1890.

Przewodniczący kol. Mars, członków obecnych 35.

1) Kol. Obaliński okazuje i opisuje sztuczną krtań Gussenbauera, a następnie założywszy ją choremu robi próby głosu. Wogóle wartość tego instrumentu jest główną przy wydobywaniu głosu po wycięciu krtani, gdyż połykanie szczególniéj płynów jest połączone z częstszem krztuszeniem się chorego, którego najlepiéj karmić z założeniem równoczesnem kaniuli, ale i głos często niedomaga, gdyż blaszka wydająca tony zakłada się śluzem.

Przewodniczący otwiera dyskusyję w pierwszym rzędzie nad samą operacyją wycięcia krtani, a potem nad sztuczną krtanią.

Kol. Pieniążek porównywa przypadek powyższy raka krtani co do przebiegu z chorobą cesarza Fryderyka, gdyż i w danym przypadku rozpoznano pierwotnie *papilloma*, a dopiero przy laryngofisurze stwierdzono raka u podstawy obok powierzchownego *papilloma* i wypowiada przypuszczenie, że może na tle rakowem następowo jużto wskutek drażnienia wydzieliny, jużto z innych powodów wytworzyło się *papilloma*.— Kol. Krokiewicz sprzeciwia się temu zapatrywaniu i przytacza ogólnie przyjęte zdanie, że na tle nowotworu dobrotliwego może powstać złośliwy,

ale nie odwrotnie, tak więc i tu przypuszcza najpierw *papilloma* a potem raka.—Kol. Pieniążek zastrzega się, jakoby zaprzeczał, iż tak najczęściéj bywa, ale robi przypuszczenie, czy nie może być odwrotnie. Tu n p. gdyby *papilloma* istniało oddawna, to musiałyby być dawniéj jakieś przypady n. p. chrypka. a tego nigdy nie spostrzeżono. Co do sztucznéj krtani, to kol. Trzebicky widział podobny przypadek w klinice Mikulicza, ale tam wynik był gorszy, bo chory mógł zaledwie parę słów powiedzieć, a aparat po paru dniach się popsuł. Ten zaś chory mówi, choć też nie długo, ale wcale nie źle. Kol. Pieniążek przypuszcza, że owszem w tym aparacie musi być coś zepsutego, albo nie dobrze on przystaje, gdyż u Schröttera widział chorych ze sztuczną krtanią, którzy czytywali wcale głośno i wyraźnie. Co zaś do połykania sądzi, że w tym akcie winny być głównie czynne mięśnie gardła i mniema, że chory z czasem poduczy się połykać. Kol. Obaliński też to przypuszcza, a sprawa z początku idzie trudniéj, bo przypadek dany był powikłany z wycięciem znacznego płata skórnego od przodu.

2) Następnie prof. Obaliński przedstawia chorą, u któréj dokonał gastroenterostomii z powodu bardzo rozległego zajęcia rakowatego żołądka i opisawszy kilka innych podobnych przypadków, wypowiada zdanie, że rak często działa tu jako przeszkoda mechaniczna, a gdy to jego działanie usuniemy, to często stan się znacznie poprawia. — Dyskusyja i odczytanie wyników wewnętrznego badania żołądka odbędzie się na następnem posiedzeniu.

3) Kol. Podgórski streszcza wyniki doświadczeń dotychczasowych z *orexinum hydrochloricum*, środkiem natrawiennym podanym przez Penzoldta, przeprowadzonych w oddziale prof. Pareńskiego w szpitalu św. Łazarza. W kilkudziesięciu badanych przypadkach kilkanaście razy zaledwie nastąpiło poprawienie łaknienia, ale przemijające, tak, że przez autora podanych świetnych wyników co do trwałego zwiększania łaknienia stwierdzić nie można było (rzecz ta była ogłoszona w „Przeglądzie Lekarskim“). *Dr. Czesław Podgórski*, sekretarz.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 5-go września. Redaktor „Przeglądu Lekarskiego“ powrócił i objął swoje czynności.

* W Nrze 35 „Gazety Lekarskiéj“ szan. koledzy Jasiński i Sawicki zakończywszy sprawozdanie swoje z II. Zjazdu chirurg. w Krakowie usprawiedliwiają się z możliwego zarzutu opieszałości w podaniu do druku referatu swego, tłumacząc to opóźnienie w ten sposób, że czekali umyślnie na ukazanie się w druku sprawozdań „Przeglądu Lek.“, sądząc, „że te ostatnie będą mogły uzupełnić ich notatki pobieżne danemi czerpanemi ze streszczeń oryginalnych i stenografowanych. Nadzieje te atoli zawiodły ich w zupełności“. Następują wycieczki przeciw sprawozdawcy „Przeglądu Lek.“, świadczące o drażliwości, naszem zdaniem wcale nieuzasadnionéj Wprawdzie tak pp. sprawozdawcy warszawscy, jakoteż sama redakcyja „Gazety Lek.“ w przypisku odłączają redakcyję naszą od sprawozdawcy krakowskiego, na ostatniego całą zwalając odpowiedzialność, a pierwszéj wydając świadectwo, że sama oceniła niedbalstwo swego sprawozdawcy i przeprosiła czytelników i prelegentów za nieścisłe sprawozdanie; ale do uznania tego, jako niezasłużonego, przyznać się nie możemy; w Nrze bowiem 34 „Przeglądzie Lek.“ powiedziano: „Częstym powodem pole-„miki stają się mimowolne pomyłki sprawozda-„wców, jak się to i w sprawozdaniu z naszego Zjazdu chirur-„gów przytrafiło. Przepraszamy szan. kolegów, których dotknęło „przypadkowe przekręcenie ich przemówień i t. d.“ Przyzna zapewne każdy, że „mimowolne pomyłki“, „przypadkowe przekręcenie“ nie mają nic wspólnego z niedbalstwem sprawozdawcy, które redakcyja nasza niby miała sama ocenić.

Wracając do szan. kolegów sprawozdawców warszawskich wyrazić musimy ubolewanie, że oni zbyt surowo ocenili działalność młodego kolegi, który na naszą prośbę bezinteresownie zdawania sprawy z czynności zjazdu się podjął, a co ważniejsza, z niezwykłą punktualnością z obowiązku dobrowolnie przyjętego się wywiązał. A był to obowiązek ciężki: notować przemówienia prelegentów i biorących udział w rozprawach, a obok innych zajęć służbowych, zwłoki nie cierpiących, spisywać nocami sprawozdania z notatek, a uzupełniać je z pamięci tak, aby szybko i bez przerwy mogły pojawiać się w tygodniku. Wszakże pp. sprawozdawcy warszawscy przyznają otwarcie, że jakkolwiek znajdowali się śród warunków takich samych, co nasz sprawozdawca, czekali umyślnie na ukazanie się jego sprawozdania, w mylnem, co prawda przypuszczeniu, że on korzysta „ze streszczeń oryginalnych i stenografowanych“. Otóż sprawozdawca nasz mógł korzystać tylko ze streszczeń wykładów, jakie mu niektórzy prelegenci udzielili, ale z rozpraw nie było żadnych streszczeń, a jakkolwiek na Zjeździe byli stenografowie, to jednak stenogramów, przeznaczonych dla wydawnictwa Zjazdu, aż do chwili, w któréj to piszemy, jeszcze nie złożyli.

Mimo to pp. sprawozdawcy warszawscy zarzucają sprawozdawcy naszemu „lekceważenie nietylko treści odczytów, ale i nazwisk samych“, a nawet, „że w najniekorzystniejszem świetle stawia i Zjazd i prelegentów samych“. Zaprawdę po tych ciężkich zarzutach każdy, który nie był na Zjeździe i nie czytał sprawozdania w „Przeglądzie Lek.“, musiałby sądzić, że jakiś Herostrat zakradł się między członków Zjazdu z wrogim zamiarem podkopania młodéj instytucyi i ubliżenia chirurgom naszym. Skoro jednak tym sprawozdawcą był asystent prof. Rydygiera, to można wprawdzie było ubolewać nad usterkami, które się zakradły do jego sprawozdania i żądać słusznie sprostowania, do czego redakcyja nasza oświadczyła gotowość swoją, ale nie wypadało darzyć go epitetami, krzywdzącemi młodego kolegę, znanego z zacności. Z powodu pory, naszem zdaniem arcynieodpowiednéj, w któréj zjazdy chirurgiczne się odbywają, pory, w któréj asystenci kliniczni najbardziéj pracą są obciążeni, nie mogliśmy w roku przeszłym pozyskać sprawozdawcy, a obawiamy się mocno, że w roku przyszłym żaden z młodszych kolegów nie podejmie się téj czynności po smutnem doświadczeniu, które zrobił sprawozdawca tegoroczny mimo swéj gorliwości.

Z tem wszystkiem bynajmniéj nie przeczymy, że w sprawozdaniu umieszczonem w „Przeglądzie Lekarskim“ znajdują się usterki; ale przy niejakiéj wyrozumiałości można było wytłumaczyć i usprawiedliwić je bez potrzeby posądzenia sprawozdawcy o niedbalstwo, lekceważenie i t. d. Usterki te tyczą się głównie dyskusyi, w któréj notujący przemówienia mógł niedosłyszeć jednego lub drugiego mówcy, a powtarzamy, że polegać musiał wyłącznie na słuchu, na notatkach arcyzwięzłych własnych, a wreszcie na własnéj pamięci, która przecie zawodzić mogła. Usterki co do nazwisk są po prostu błędami drukarskiemi; a dziwimy się mocno, że pp. sprawozdawcy warszawscy nawet pod tym względem pociągają do odpowiedzialności sprawozdawcę naszego. Wszakże sami będąc członkami redakcyi „Gazety lek.“ na pierwszy rzut oka powinni byli rozpoznać, co na karb sprawozdawcy, a co na rachunek zecera, a względnie korekty kłaść należy. Od takich usterków niestety żadne czasopismo nie jest wolne; a że i „Gazeta Lek.“ nie czyni wyjątku od prawidła, na to pp. sprawozdawcy warszawscy znajdują dowód nieco poniżéj swego oświadczenia w tymże samym numerze „Gazety Lek.“, gdzie podano sprostowanie, iż zamiast nazwiska Bohosiewicza wydrukowano Bolosiewicz, a zamiast wyrazu enteroptose wydrukowano potworny wyraz „buteroptose“. Ale jak kol. Bohosiewicz za przekręcenie swego nazwiska z pewnością nie obwini pp. sprawozdawców o niedbalstwo, tak koll. Barącz i Wehr nie podnieśli okrzyku boleści, a i dziekan Brodowski przebaczy także zecerowi, że go mianował Brodowiczem. Możemy każdéj chwili służyć kolegom warszawskim rękopismem naszego sprawozdawcy, z którego naocznie przekonać się mogą, że on podał nazwiska poprawnie i nie jego więc jest winą, że nazwiska te wydrukowano błędnie, zwłaszcza, że z powodu wyjazdu na międzynarodowy Zjazd w Berlinie sam korekty nie mógł doglądać.

To wypowiedziawszy w obronie naszego sprawozdawcy i wyjaśniwszy przyczyny pomyłek, tuszymy sobie, że szan. koledzy warszawscy uznają, że powodując się słusznem życzeniem, aby sprawozdania ze zjazdów naszych były poprawnemi, mimowolnie skrzywdzili młodego kolegę, który jak zapewnić możemy, temi samemi co oni kierował się względami.

* P. Minister oświecenia zatwierdził szkice na budowę zakładu patologicznego na gruncie szpitala św. Łazarza od strony Grzegorzek, a Namiestnictwo poleciło Starostwu

bezzwłoczne wypracowanie szczegółowego projektu wraz z kosztorysem tak, aby pierwsza rata na budowę wstawioną być mogła do budżetu za rok 1891, a budowa rozpocząć się mogła w roku przyszłym. Jak wiadomo, w postać mającym gmachu mieścić się będą 3 zakłady: dla anatomii patologicznéj, patologii doświadczalnéj i medycyny sądowéj.

Tak więc długoletnie starania Wydziału lekarskiego nareszcie uwieńczone zostały pomyślnym skutkiem, a mamy nadzieję, że za dwa lata trzy wspomniane zakłady znajdą godne dla siebie pomieszczenie.

* Druga pomyślna wiadomość, odnosząca się do Uniwersytetu Jagiell., nie tyczy się wprawdzie zakresu lekarskiego, ale zasługuje na zanotowanie. Otóż statut tymczasowy oddziału rolniczego został zatwierdzony najwyższem postanowieniem z dnia 31 lipca r. b. tak, że wykłady rozpoczną się stanowczo w październiku r. b. § 1 statutu opiewa: „W c. k. uniwersytecie w Krakowie zaprowadza się studyjum rolnicze z językiem wykładowym polskim“. Studyjum to stanowi istotną część Wydziału filozoficznego.

* Ministerstwo spraw wewnętrznych zakazało fabrykacyi i sprzedaży przyrządów elekro-metalowych Dra F. Borsodiego zaleconych przeciw niemocy płciowéj u mężczyzn.

* Z niezwykłą innowacyją spotykamy się od pewnego czasu w tygodnikach lekarskich berlińskich. Otóż zamieszczają one rozprawy, pochodzące od lekarzy zagranicznych, w języku francuskim i angielskim dosłownie jużto z tłumaczeniem niemieckiem, jużteż to nawet i bez tłumaczenia.

* Nagrodę Astleya Coopera w kwocie 300 funtów sterl. otrzymał w tym roku Wilhelm Watson Cheyne za najlepszą pracę o powstaniu i leczeniu gruźliczych schorzeń kości i stawów.

* W Krynicy było do 25 sierp. gości 4289, w Szczawnicy do dnia 21 sierpnia gości 3260, w Cieplicach czeskich 6145.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Leyda.** Dr. Eykmann, b. prof. w Tokio w Japonii, mianowany został prof. farmacyi i toksykologii, a Dr. Huet, zw. prof. kliniki lekarskiéj przeszedł w stan spoczynku. — **Budapeszt.** Pod kierunkiem Dra Pertika urządzono zakład bakteryjologiczny. Prof. chemii Dr. Karol Than otrzymał oznakę honorową dla sztuk i umiejętności. — **Wiedeń.** Aż do zamianowania następcy po Brückem zastępczo wykładać będzie prof. Exner. Profesor Dittel otrzymał tytuł radzcy dworu.

* **Nekrologija.** W Pradze czeskiéj zmarł w 48 roku życia Dr. Jan Janda, lekarz praktyczny, b. asystent proff. Strenga i Webera. Oprócz Dr. Neugebauera zmarł w Berlinie podczas zjazdu i Dr. Jelenffy, znany laryngolog węgierski, a Dr. Stephenson z N.-Yorku zmarł wracając ze zjazdu do Ameryki. — W Fryburgu umarł nadzw. prof. medycyny Dr. Rotteck.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 34: Radziszewskiego: Notatki z kazuistyki położniczéj wiejskiéj. — W *Zdrowiu* Nr. 59: Ziemińskiego: Nowoczesne urządzenie szpitalne dla chorych na oczy. — W *Gazecie Lek.* Nr. 35: Bucelskiego: O zmianach w komórkach nerwowych przy bezładzie postępującym; Sędziaka: Kw. trójchlorooctowy w chorobach gardła, krtani, nosa i uszu (dok.). — W *Pamiętniku Tow lek. warsz.* z. II.: Heimana: Kilka uwag o otwieraniu wyrostka sutkowego; Swieżawskiego i Wendy: Wojciech Oczko (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. KARLINSKI: Zur Pathologie d. Schlangenbisse (odbitka z *Fortschr. d. Medicin* 1890) in 8-vo str. 12. — Dr. Jindrich ZAHOR: Sestá vyročni zpráva mestského fysikátu o zdrovotn. pomerech kr. hl. mesta Prahy za r. 1887. V Praze 1890 in 8-vo str. 387, z licznemi tablicami. — ZWEIGBAUMA: O stosowaniu elektryczności w ginekologii (odbitka z *Gaz. Lek.* 1890) in 8-vo str. 16. — W. BOGDANIK: Broń palna Manlicherowska a przyszła wojna (odbitka z *Przegl. Lek.* 1890) in 8-vo str. 24. — Dr. REIMANN i Dr. SCHÖNAUER: Zur Ichthyol-Behandlung von Frauenkrankheiten (odbitka z *W. klin. Woch.* 1890) in 8-vo str. 11. — Dr. Adolf BECK: Oznaczenie lokalizacyi w mózgu i rdzeniu za pomocą zjawisk elektrycznych. Z 22 rycinami w tekście (odbitka z *Rozpraw Wydziału matem. przyrod. Akademii Umiejętn. w Krakowie* 1890) in 4-to str. 46.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. P. w Radomiu. W numerze przyszłym.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 13 Września 1890. Nr. 37.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Resekcyja jelit u dzieci.

Podał
Dr. Schramm we Lwowie.

Kwestyja leczenia przepuklin zgorzelinowych nie jest jeszcze ustalona, a pytanie co lepsze, czy wycięcie schorzałéj pętli kiszki i natychmiastowe zespojenie końców, czy też zakładanie przetoki kiszkowéj, czeka jeszcze zawsze na ostateczne rozstrzygnięcie. Nastąpić może ono jedynie na podstawie rozległéj kazuistyki, dla tego sądzę, że podanie każdego odnośnego przypadku jest pożądane.

Tak stoi rzecz w obec przepuklin u dorosłych, do postępowania w podobnych przypadkach u dzieci mamy jeszcze mniéj danych, przeważnie dla tego, że uwięzgnięcie przepuklin w wieku dziecięcym następuje względnie i rzadko, że przepukliny takie dają się najczęściéj odprowadzić bez operacyi krwawéj. Jeżeli więc już zwykła herniotomija u dzieci zdarza się bardzo rzadko (na przeszło 700 dzieci operowanych przezemnie w szpitalu św. Zofii zdarzył mi się tylko jeden poniżéj opisany przypadek), to tem rzadziéj można się spotkać z przypadkiem tak daleko posuniętym, aby kiszka uległa już zgorzeli. W dostępnéj mi literaturze z lat ostatnich przynajmniéj nie spotkałem się z opisem podobnych przypadków.

Przypadek mój był następujący:

W dniu 2-go lutego przywieziono do szpitala św. Zofii chłopca 12-letniego, który według podania zasłabł przed pięciu dniami śród objawów niedrożności jelit. Stan jego w dniu przyjęcia był następujący. Stan odżywienia lichy, tętno 96 słabe, brzuch miernie wzdęty i tylko nad pachwiną przy dotyku bolesny. Moszna lewe obrzmiałe, sinawo czerwone, bolesne, wypuk nad niemi stłumiony. Stolce i wiatry nie odchodzą. Rozpoznanie więc nie ulegało kwestyi, a wobec długiego trwania uwięzgnięcia i zesinienia worka mosznowego przystąpiłem odrazu do operacyi krwawéj. Po otwarciu worka przepuklinowego wypłynęła ciecz mętna, kałem cuchnąca, pętla kiszek na 15 cm. długa, wiśniowo zabarwiona, jednak połyskująca. Po rozszerzeniu bramy przepuklinowéj jednak okazało się, że w miejscu zaciśnięcia kiszka była już zupełnie zgorzelinowa i bliska pęknięcia. Wobec tego wyciągnąłem dolną część kiszki z jamy brzusznéj, wyciąłem kawał pętli długi na 15 cm., w miejscach zupełnie zdrowych założyłem potrójny szew kiszkowy, zeszytą kiszkę odprowadziłem do jamy brzusznéj. Kanał pachwinowy zamknąłem sposobem Czernego. Hernia była wrodzona, ranę skórną zupełnie zeszyłem. Przebieg dalszy bez zaburzeń. Stolec na drugi dzień, a w 10 dni po operacyi opuścił pacyjent szpital jako zupełnie zdrowy.

Drugi przypadek wycięcia kiszki u dziecka był jeszcze więcéj ciekawy i z wielu względów ważny. W dniu 18 czerwca b. r, przywieziono do szpitala chłopca 9-letniego, który według podania rodziców przed 6 dniami nagle dostał znacznych bólów w brzuchu i wymiotów, a stan od tego czasu stale się pogarszał. Badanie wykazało stan następujący: Chłopiec bardzo nędznie odżywiony, tętno 125, liche, oddechów 36, wymiotów od 23 godzin nie ma, brzuch do najwyższego stopnia wzdęty tak, że skóra na nim jak na bębnie napięta. Postać brzucha jajowata, wzdęcie zajmuje przeważnie środkową część brzucha. Boki odpowiednio do położenia kiszki grubéj wstępującéj i zstępującéj nie napięte, tak, że już z tego bardzo wybitnego objawu można było wnosić o zamknięciu jelita w kiszce ślepéj lub cienkiéj. Największa bolesność i lekkie stłumienie wypuku w okolicy kiszki ślepéj. Rozpoznanie wahało się między wgłobieniem a skręceniem kiszki. Za pierwszem przemawiało wprawdzie jedynie wiek chorego, gdyż jak wiadomo i wgłobienie jest najczęstszą przyczyną niedrożności jelit u dzieci, podczas gdy inne formy, jak skręcenia, postronki i przepukliny wewnętrzne zdarzają się w wieku dziecięcym bardzo rzadko.

Wobec ogromnéj bębnicy i silnego zapadu chorego postanowiłem na razie zrobić enterostomiję i w tym celu poprowadziłem cięcie ponad więzem Pouparta prawym. Po otwarciu otrzewny wylało się dość dużo cieczy surowiczo krwawéj, wskazującéj więc istnienie ostrego i silnego uciśnięcia jelita. To skłoniło mnie do szukania przeszkody. Rozszerzyłem więc ranę brzuszną i wsunąłem palce w kierunku ku kiszce ślepéj, jako domniemanemu siedlisku przeszkody. Rzeczywiście natrafiłem palcem na pierścień otaczający kiszkę cienką i dający przy macaniu uczucie, jak gdyby kiszka była silnie okręcona koło drugiéj kiszki, lub gdy palcem wchodzi się w miejsce wgłobienia między część wgłobiającą a wgłobioną. Przy ostrożnem staraniu wydobycia zaciśniętéj kiszki na zewnątrz pierścień pękł, a zatem mieliśmy do czynienia nie z wgłobieniem, lecz z odsznurowaniem kiszek. Wobec tego konieczne było odszukanie miejsca zasznurowania, aby się przekonać o stanie kiszki w miejscu uciśnięcia. W tym

celu wydobyłem przez jamę zapadniętą pętlę kiszki cienkiéj i idąc wzdłuż niéj doszedłem wnet do kiszki ślepéj i odszukałem zupełnie zdrowy wyrostek robaczkowy. Teraz cofnąłem się więc wstecz i w odległości koło 30 ctm. od kiszki ślepéj natrafiłem na miejsce zasznurowania już tak mocno zgorzelinowe, że w chwili wyciągania téj pętli kiszka pękła i kał wylał się na szczęście już na zewnątrz rany brzusznéj. Tuż za zgorzelinowem miejscem osadzony był w już rozdętéj pętli kiszki również rozdęty zaułek Meckela długi na 4 ctm., a od jego szczytu odchodził postronek długi na 4—5 centim. Przez istniejący zgorzelinowy otwór wypuściłem ile się dało treści jelitowéj, następnie całe pole operacyjne zmyłem roztworem sublimatu 1‰, uciśnięto palcami dowodzącą i odwodzącą część kiszki i całą sino zabarwioną część pętli, długą na 8 cm. wraz z siedzącym na niéj zaułkiem Meckela wyciąłem. Końce jelita zespoiłem używanym zawsze przezemnie szwem trzypiętrowym, zespojoną pętlę odprowadziłem do jamy brzusznéj, którą całkiem zamknąłem. W wyciętym kawałku jelita, który szanownym Panom przedstawiam, znaleziono dużą w kłębek zwiniętą glistę *ascaris*. Chory po operacyi trwającéj 5 kwadransy ma się względnie dobrze. Stolec się jednak nie pojawił, a na drugi dzień bębnica jeszcze większa niż była przed operacyją. Widocznie więc istniało zupełne porażenie jelit, tak, że mimo usunięcia przeszkody treść jelit nie mogła się posuwać naprzód, do czego przyczynić się może mogło lekkie zgięcie lub zwężenie w miejscu zeszycia kiszki. Koniecznem więc było dla utrzymania życia chorego usunąć jaką bądź drogą treść jelit, zatem otwarłem częściowo ranę brzuszną, wydobyłem nastawiającą się rozdętą pętlę jelita, a po przymocowaniu jéj kilkoma szwami do rany brzusznéj, otwarłem kiszkę i wsunąłem do niéj gruby długi dren, przez który odchodzić zaczęły gazy i płynny kał. Do wieczora odeszło do 2 litrów na pół płynnéj treści jelitowéj, brzuch spadł i stan chorego znacznie się poprawił. Odtąd przebieg dalszy choroby zupełnie prawidłowy. Stolec drogą naturalną pojawił się na 3 dzień po operacyi, a przed 8 dniami t. j. w 20 dniu po operacyi opuścił chory szpital na usilne naleganie ojca z małą zaciągającą się przetoką kiszkową.

Przypadek ten z kilku względów jest ciekawy. Jeżeli już bowiem samo znachodzenie się zaułka Meckela jest dosyć rzadkie, a rzadsza jeszcze wywołana przez niego niedrożność kiszki, to sposób, w jaki w moim przypadku zamknięcie jelita przyszło do skutku, należy do rzeczy bardzo wyjątkowych. Najczęściéj bowiem wierzchołek zaułka lub kończące go więzadło przyrasta do ściany jamy brzusznéj, do kręgosłupa lub wreszcie do innéj pętli jelita i pod postronek w ten sposób utworzony dostaje się inna mniéj lub więcéj długa pętla jelita. W przypadku zaś moim zaułek wraz z kończącem go więzadłem otoczył kiszkę tuż przy swéj podstawie zaciskając jelito, jakby zawiązane zostało naokoło nitką. Być bardzo może, że i glista *ascaris*, zwinąwszy się w kłębek tuż za miejscem zaciśnięcia, przyczyniła się do choćby chwilowego zamknięcia światła jelita, do następowego obrzmienia kiszki nad miejscem zaciśnięcia, co znów wywołać musiało tem silniejszy ucisk na ścianę kiszki tak, iż w końcu w miejscu najsilniejszego i najostrzejszego ucisku przez cienkie więzadło przyszło do zgorzeli kiszki.

Powtóre przypadek ten wykazuje wyższość laparotomii nad enterotomiją przy niedrożności jelit. Gdybym się był bowiem ograniczył do saméj enterotomii, natenczas musiałoby przyjść w bardzo krótkim czasie do pęknięcia kiszki, kał byłby się wylał do jamy brzusznéj i chory byłby stracony.

Ważny jest także ten objaw, że mimo usunięcia przeszkody przez 25 godzin nie odeszły ani wiatry ani kał, dając nam obraz najczystszy tak zwanego *ileus paralyticus*; kiszki rozdęte przed operacyją do najwyższego stopnia straciły swą kurczliwość i nie były w stanie posunąć swéj treści naprzód, tylko trochę treści z najbliższéj pętli przeszło przez miejsce zwężone, jak to mogłem widzieć przed odprowadzeniem zeszytéj kiszki, reszta pętli pozostała rozdęta. Dopiero następne otwarcie jelita i wprowadzenie długiéj grubéj rurki usunęło mechanicznie znaczną część treści, zniosło więc nadmierne rozdęcie kiszek i powróciło działalność ich mięśni. Dawałoby to wskazówkę, aby w przypadkach niedrożności jelit połączonéj z nadmiernem rozdęciem kiszki, nawet gdyby się nie udało po otwarciu jamy brzusznéj wyszukać przeszkodę, wykonać enterotomiję i w celu uwolnienia kiszek od ich treści i zapobiegnięcia zupełnemu ich porażeniu. Wreszcie przypadek ten wraz z poprzednio opisanym dowodzi, że dzieci znoszą dobrze resekcyję kiszek, że więc w analogicznych przypadkach zabieg ten będzie więcéj wskazany, niż założenie sztucznéj odbytnicy, która w razie niemożności oznaczenia wysokości miejsca, gdzie się kiszkę otwiera, naraża chorego na niebezpieczeństwo inanicyi, a przez długie tygodnie na nieprzyjemne i nieobojętne zanieczyszczanie się kałem.

II. Z pracowni profesora Cornila w Paryżu.

O udziale krwi w powstawaniu produktów zapalnych.

Napisał
Andrzéj Obrzut z Pragi.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36.)

II. Doświadczenia.

a) Rany wątroby.

Po wykonaniu cięcia w ścianie brzusznéj należycie przed tem oczyszczonéj nieco na prawo od linii białéj wyciągałem tępemi szczypczykami przedni brzeg nasuwającego się płatu wątroby i z niego wycinałem klinowate kawałki. Rana goiła się szybko i króliki doświadczenie to znoszą bardzo łatwo. Po zabiciu zwierzęcia w różnych okresach od dnia doświadczenia wycinałem najbliższe otoczenie ubytku klinowatego i kawałki zaledwie ½ milimetra cienkie jeszcze ciepłe zanurzałem do roztworu Fleminga. Do kawałków grubszych płyn nie przenika należycie i pod tym względem wątroba królika jest o wiele odporniejszą, niż jakikolwiek narząd ludzki. Po kilku minutach kawałeczki tak cienkie na powierzchni stwardłe w roztworze można z łatwością podzielić jeszcze na cieńsze. Wtedy tylko można liczyć na dobre ustalenie składników.

Na drugi i trzeci dzień po obrażeniu, rana sama nie przedstawia nic ciekawego. Przybrzeżne komórki wątrobowe uległy nekrozie w pasie mniéj lub więcéj szerokim, beleczki przedstawiają się jako istota bezpostaciowa z jądrami tylko gdzieniegdzie widocznemi i nie przyjmującemi barwika. Wielki dla nas interes przedstawia skrzep pokrywający całą powierzchnię rany i jego budowa przedewszystkiem zasługuje na uwagę. Cały skrzep, którego grubość dochodzi nieraz do milimetra i więcéj podzielony jest przez linije szaro-żółtawe różnéj grubości i kierunku, na wiele pól najczęściéj owalnych lub nieregularnych, których najdłuższy wymiar jest zazwyczaj równoległy do powierzchni (resp. brzegów rany). Jestto krew *en masse* wynaczyniona na powierzchnię rany, która została podzielona na te pola. Jeden rzut oka wystarcza do stwierdzenia tego. W polach tych zachowanie się ciałek czerwonych krwi jest różne. W niektórych częściach skrzepu ciałka czerwone nie przedstawiają nam zmian żadnych, w innych rozpadły się w masę drobnoziarnistą, zupełnie bezbarwną. W pewnych jednakże częściach skrzepu ciałka czerwone okazują szczególne obrazy. Naturalny ich barwik żółto zielonawy nagromadził się na ich obwodzie, części środkowe zaś ich zupełnie wybladły. Powstała ztąd delikatna siateczka, złożona z barwika ciałek czerwonych, o oczkach odpowiadających odbarwionym ciałkom czerwonym. Miejscami kształt tych oczek nie jest okrągły, ale owalny lub jeszcze bardziéj przypłaszczony, aż do zetknięcia się przeciwległych linijek barwikowych. Owe wielkie linije szaro-żółtawe, dzielące skrzep cały na pojedyncze oddziały, powstały tym sposobem, że sąsiednie linije barwikowe zlały się w jednę całość. Dalszym zajmującym objawem owéj siatki jest, że pewne jéj oddziały barwią się bardzo żywo safraniną; w skrzepach takich, zwłaszcza starszych, znajdujemy ilość jąder barwiących się nieraz daleko większą niż to odpowiada ilości leukocytów w krwi wynaczynionéj. Są to po dwa, trzy i więcéj ziarenek istoty reagującéj, jak chromatyna połączone w całość, obraz zupełnie podobny nieraz do wielojądrowych leukocytów. Znajdujemy tu również w skąpéj ilości i jądra

identyczne z epitelioidowemi. W pewnych terytoryjach skrzepu spotykamy same jądra barwiące się na miejscu, gdzie w sąsiednich częściach skrzepu znajdują się same ciałka czerwone lub ich produkta wyżéj wspomniane (*reticulum*). Nie są to jądra zwyczajnych leukocytów. Uderza w nich przedewszystkiem niejednostajna wielkość. Są to małe grudki istoty barwiącéj się, połączone w całość jakąś istotą szaro-zielonawą delikatnie ziarnistą, w twory okrągławe przypominające małe leukocyty, gęsto obok siebie ułożone. Przy silniejszem zwiększeniu łatwo się przekonać, że są to same ciałka czerwone, w których wnętrzu przyszło do wytworzenia się jakiéj istoty oddziaływającéj na barwy podobnie jak istota chromatyczna jąder. Do tego zjawiska powrócimy jeszcze poniżéj. Tymczasem stwierdzamy tylko, że między temi ciałkami czerwonemi nie widzimy żadnego *reticulum* ani hemoglobinowego, ani barwiącego się safraniną.

Wnioski, jakie nam się z tych objawów w krwi wynaczynionéj nasuwają, rezerwujemy sobie aż do skompletowania naszych spostrzeżeń innemi, które późniéj przedstawimy.

Przypatrzmy się teraz nieco bliżéj brzegom samej rany około dnia 7 lub 8 po wykonaniu operacyi. Opis zmian tu spostrzeganych musiałby być bardzo długim, aby był zupełnym. Ograniczymy się do rzeczy najniezbędniejszych, tem bardziéj, że zmiany te i tak już są dosyć dokładnie w literaturze opisane (Podwysocki i inni). Przedewszystkiem zaznaczyć musimy zupełnie bierne zachowanie się komórek wątrobowych. Bezpośrednio przylegające do skrzepu ulegają nekrozie. Dalsze, ułożone w nowopowstałéj tkance łącznéj, ulegają rozpadowi z pozostawieniem złogów barwikowych. Komórki wątrobowe zrazików graniczących z blizną bardzo rzadko okazują mitozy, objaw, który zresztą, jak się późniéj przekonamy, nie ma żadnego znaczenia pod względem histogenetycznym dla nowopowstającéj tkanki łącznéj. Tkanka łączna, która się tworzy między skrzepem, a zrazikami przylegającemi, powstaje na miejscu zniszczonego miąższu. Szerokość jéj w różnych okresach jest różna. Wnika ona nieraz dosyć głęboko pomiędzy pojedyncze zraziki. O genezie téj tkanki poucza nas dokładna obserwacyja jéj budowy i granica między nią, a przylegającym miąższem wątrobowym. Otóż składa ona się z włókienek falisto-przebiegających, w których ułożone są miejscami gęściéj, miejscami rzadziéj wielkie, owalne jądra, ubogie w chromatynę. Włókienka te są bezbarwne, krzyżują się z sobą najczęściéj pod kątem ostrym, pozostawiając podłużne między sobą luki, próżne lub zajęte przez wyżéj wspomniane jądra owalne. Odmienne własności przedstawia nam ta tkanka łączna na granicy miąższu lub w otoczeniu naczyń krwionośnych. Zamiast włókienek bezbarwnych, falisto przebiegających, spotykamy tu innego rodzaju siatkę, mianowicie złożoną z samych włókienek żółtawozielonawych, o oczkach okrągłych lub owalnych, swą regularnością przypominających kontury ciałek czerwonych niezmienione lub nieco przypłaszczone. Przypłaszczenie to jest nieraz tak znaczne, że siatka ta przybiera wejrzenie włókien równolegle przebiegających i to stanowi przejście do owych bezbarwnych włókien, a granicę tę tem trudniéj jest oznaczyć, że barwa szaro-żółtawa właściwa téj siatce, o oczkach ciałek czerwonych tylko nieznacznie przechodzi w odcień coraz bledszy, aby zupełnie zginąć wśród włókienek bezbarwnych. Równocześnie z tą zmianą barwy mieni się i postać jąder zawartych w téj siatce. W włóknach o wyraźnéj barwie hemoglobinowéj jądra są po większéj części małe, okrągłe, podobne do leukocytów, a mało jest jąder, nieco większych. W miarę jak się zbliżamy ku włóknom bezbarwnym przeważać zaczynają jądra wielkie, owalne, a maleje ilość okrągłych. Zamiast tkanki delikatnie siatkowatéj spotykamy czasami tuż przy zachowanych komórkach wątrobowych pas tkanki prawie jednolitéj z jądrami leukocytów. W téjto tkance często można odkryć kontury ciałek czerwonych, a nawet i barwę właściwą tym ciałkom. Tylko w jądrach ułożonych między włóknami wyraźnie z tkanki łącznéj spotykałem czasem mitozy, w komórkach wątrobowych granicznych należą do rzadkości.

Dalszym składnikiem téj nowopowstającéj tkanki łącznéj są czasem liczne komórki olbrzymie. Pod względem jakości i ułożenia jąder, własności pierwoszcza i ich kształtów, spotykamy między temi utworami bardzo liczne, godne uwagi objawy. Pierwoszcze ich przedstawia się najczęściéj jako masa bardzo delikatnie ziarnista, prawie jednolita, z wakuolami lub bez nich i często pigmentowana drobnemi ziarnami brunatno-żółtawemi. W pierwoszczu tem spotykamy daléj złogi błyszczące, zielonawe, nieregularne lub kształtem przypominające silnie swym barwikiem nasycone ciałka krwi czerwone. Uderza nas daléj w tych komórkach olbrzymich rozmaitość, jaką okazują ich jądra pod względem wielkości, kształtów i barwienia się. Przeważają jądra okrągłe lub lekko owalne, bardzo ubogie w chromatynę, która w środku jądra przedstawia się w postaci małego jąderka. Obok tych jąder bladych, jednojąderkowych znajdujemy jądra nadzwyczaj nieregularne, o brzegach nierównych, często kolczastych, wielkości różnéj i silnie *en masse* barwiące się safraniną lub gencyjaną. W jądrach tych nie trudno czasem odkryć kształt ciałek czerwonych pokurczonych, a barwiących się silnie wśród pewnych warunków. Takie własności okazują nam n. p. ciałka czerwone w naczyniach włosowatych zrazików uległych nekrozie na brzegach rany. Ten drugi gatunek jąder nie jest odmianą pierwszych, jakimś objawem inwolucyi. Jądra wielkie, owalne, ubogie w chromatynę zachowują aż do zupełnego zniknięcia swych kształtów i chromatyny, rozmiary ich raczéj zwiększają się podczas ich zaniku. Przypuścić raczéj musimy stosunek odwrotny, mianowicie, że z jąder nieregularnych, silnie barwiących się powstają przez wzrost jądra blade, owalne. Komórki olbrzymie nie stoją w żadnym związku z przewodami żółciowemi i na pewne wykluczyć można ich pochodzenie z proliferacyi przybłonków wyścielających przewody (Podwysocki). Z obrazów, o jakich wspomina Podwysocki, ani śladu nigdzie nie spotkałem. Jeszcze mniéj ugruntowane wydaje mi się przypuszczenie tego autora, jakoby z tych komórek olbrzymich powstawały komórki wątrobowe i tym sposobem miała przychodzić do skutku regeneracyja zniszczonego miąższu. Komórki olbrzymie są objawem wstecznym w narządach, w których odbywa się sprawa zapalna. Jądra ich coraz bardziéj bledną aż do zupełnego zniknięcia, pierwoszcze jak każda część ulegająca nekrobiozie, nasyca się barwikami. Ostatecznie następuje rozpad i ewentualnie wessanie.

Gdy brzegi rany były nierówne, spotykamy często w przylegającym miąższu wybroczyny. Są to wtedy głównie brzegi tych wybroczyn, gdzie najczęściéj znajdujemy komórki olbrzymie. Jak ścisły panuje związek pomiędzy komórkami olbrzymiemi a krwią wynaczynioną, będziemy widzieć w późniejszych spostrzeżeniach (ciała obce porowate wprowadzone do wątroby).

Dla pseudokanalików, które często w nowowytworzonéj tkance łącznéj spotykamy, znalazłem tę samą genezę jak w marskości wątroby, któréj kilka przypadków wyżéj przytoczyłem. I tutaj zachowanie się prawdziwych przewodów żółciowych okazało się zupełnie biernem. Mitozy w ich przybłonkach należały do rzadkości.

Wśród porównywania naszych spostrzeżeń przy gojeniu się ran w wątrobie z tem, cośmy znaleźli przy marskości, uderza nas przedewszystkiem jednaka histogeneza nowopowstającéj tkanki łącznéj w obu tych razach. Są to ciałka krwi czerwone, które tak w marskości, jakoteż wśród gojenia ran przez szczególną przemianę (włóknistą lub więcéj jednolitą) dają początek tkance łącznéj. Stałe komórki nie biorą w tem żadnego udziału. Twory komórkowe, jakie w téj nowowytworzonéj tkance łącznéj napotykamy, są to leukocyty mniéj lub więcéj zmienione. Do znaczenia ich w sprawie zapalnéj powrocimy jeszcze poniżéj, mianowicie do pochodzenia ich w tkankach uległych zapaleniu i do możliwéj metamorfozy ciałek czerwonych w białe.

b) Ciała obce.

Po wprowadzeniu ciał obcych do jamy brzusznéj królika nastaje bardzo szybko zrost tego ciała obcego ze ścianą brzuszną lub z którymkolwiek narządem za pomocą tkanki, która w różnych okresach różnie nam się przedstawia. W ogólności o téj tkance powiedzieć możemy, że nie różni ona się w zasadzie od tkanki nowowytworzonéj zapalnéj w narzą-

dach miąższowych. Mamy przed sobą tkankę siatkowatą, o włókienkach w różnych kierunkach przebiegających i składniki komórkowe wejrzenia ciałek białych lub tak zw. epitelioidowych. Składniki komórkowe są w niektórych miejscach tak gęsto obok siebie nagromadzone, że między niemi istota międzykomórkowa redukuje się do zaledwie dostrzegalnych śladów. Śródbłonki narządu, z którym nastąpił zrost ciała obcego, nie są widoczne wśród téj tkanki, w ogóle granica między tym narządem a nowowytworzoną tkanką łączną nie jest wyraźną.

Mamy n. p. przed sobą kawałek płuca królika stwardły w alkoholu, wymyty we wodzie, należycie sterylizowany i wprowadzony do jamy brzusznéj królika. 6 dnia po wycięciu z kawałkiem jelita, z którem był zrosły, przedstawia następujące zmiany. Zacznijmy opis nasz od jelita, przejdziemy potem do nowopowstałej tkanki łącznej, za pomocą któréj kawałek płuca był przyrosły i zakończymy przedstawieniem nowowytworzonych składników w pęcherzykach płucnych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj Prof. Dra Madurowicza.

O miesieniu i zastosowaniu tegoż do leczenia chorób ginekologicznych, a w szczególności wysięków zapalnych w miednicy małéj.

Podał
Dr. Maksymilijan Cercha,
drugi asystent téjże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36).

3) A. K., lat 30, zamężna, zgłosiła się do kliniki dnia 23/11 1889. Chora ta w roku 1888 dnia 6/12 przyjętą była poraz pierwszy jako niezamężna, a rozpoznano wtedy: *Haematocele retrouterina.* Leczenie wówczas odniosło pożądany skutek, bo po zastosowaniu miesienia chora bez śladu wypociny po 26 dniach opuściła klinikę.

Dnia 23 listopada 1889 zgłosiła się znowu i podaje, że regularność od czasu wyjścia z kliniki odbywała się prawidłowo. Przed 7 miesiącami wyszła za mąż. Ostatnia regularność była przed 3 tygodniami, podczas któréj nastąpił kilkakrotny *coitus*, zaraz po tem doznała boleści w dolnéj połowie brzucha, parcia na mocz, omdlała, poczem wystąpił dreszcz i gorączka. Regularność trwała 10 dni, a boleści utrzymują się aż do chwili przyjęcia do kliniki; mocz oddaje z trudnością, a towarzyszą temu bóle; stolec zaparty.

Stan obecny. Ciepłota 38·2, tętno 108. Cztery palce nad spojeniem łonowem wybadać można opór, o powierzchni falistéj, bolesny, nieruchomy. Odgłos nad tym guzem stłumiony. Badanie wewnętrzne wykazuje obniżenie macicy; sklepienia są zepchnięte, ciężkie, wypuklone, szczególniéj tylne i boczne lewe, a wypuklenie to przechodzi także na sklepienie przednie po stronie lewéj. Błona śluzowa w sklepieniach jest przesuwalną. Wypuklenie to pochodzi od dolnego odcinka guza brzusznego, z którym stanowi całość, dolny odcinek ten jest ciastowaty, bolesny, o powierzchni również falistéj i nieruchomy. Macica, któréj dalszego ciągu wybadać nie można, również jest nieruchoma, w masę tę jakby wmurowana.

Rozpoznanie. *Haematocele retrouterina in exsudato. Descensus uteri.*

Ponieważ chora gorączkowała przez kilka dni, przeto leczenie polegało na podaniu środka czyszczącego, okładów wysychających i bezwzględnym spokoju.

Dnia 1/12 przystąpiono do miesienia, przyczem z początku podpierano guz od pochwy, a skoro guz się zmniejszył, a macica dająca się wybadać trzonem skierowana była ku wzgórkowi krzyżowemu, wtedy palec podpierający umieszczano w odbytnicy, przez co macicę wraz z guzem przybliżyć było łatwiéj do powłok brzusznych. Miesienie wykonywano codzień bez przerwy do 20/12, w którym to dniu chorą na naleganie z powodu zbliżających się świąt wypisano. Badanie tego dnia wykazało: Część pochwowa w wysokości prawidłowéj, dalszy ciąg macicy niepowiększonéj ułożony poziomo, macica prawie zupełnie ruchoma, lecz odprowadzenie ku przodowi połączone jest jeszcze z bólem w krzyżach, przyczem sklepienie tylne, w którem daje się jeszcze wybadać nieznaczne zgrubienie płaskie, napina się znacznie. Chora przyrzekła, że zgłaszać się będzie co drugi dzień w celu doszczętnego usunięcia wypociny, jednak przyrzeczenia nie dotrzymała, prawdopodobnie uważając się za zupełnie wyleczoną, gdyż zgrubienie to niebolesne wcale nie sprawia jéj zapewne dolegliwości.

4) W. M. l. 23, niezamężna. Wywiady: Regularność zawsze prawidłowa. Rodziła raz przed 3 laty. Ostatnia regularność przed 3 tygodniami, podczas tego spółkowanie, poczem zaraz doznała bólów dołem, parcia na mocz, regularność trwała 10 dni. Od tego czasu osłabienie, dreszcze, gorączka. Stolec zaparty.

Stan obecny: Odżywienie dobre. Ciepłota 38·5, tętno wyżéj stu. Nad spojeniem łonowem na 3 palce i więcéj na lewo guz o powierzchni niezupełnie gładkiéj, bolesny, nie ruchomy, ciastowaty; odgłos wypukowy nad nim stłumiony. Badanie wewnętrzne wykazało: część pochwowa odpowiadająca osobie, która rodziła, przybliżona do spojenia łonowego, tylne sklepienie wypuklone przez dolny odcinek guza brzusznego, o tych samych co on własnościach, dalszy ciąg macicy zdaje się być w sklepieniu przedniem, które jest szczelinowate, trzon macicy odchodzi pod lekkim kątem od części pochwowéj i jest ku przodowi przemieszczony. Rozpoznanie: *Haematocele retrouterina. Antepositio uteri.*

Leczenie: zrazu z powodu stanu gorączkowego przeciwzapalne. Dnia 10/12 przystąpiono do miesienia. Guz z dnia na dzień szybko się zmniejszał, chora zabiegi znosiła bez reakcyi. Posiedzeń było dwanaście. Chora dnia 22/12 z powodu nadchodzących świąt na własne żądanie opuściła klinikę. Badanie dnia 22/12 wykazało: Sklepienie tylne nieco grubsze, zresztą stosunki prawidłowe. Po świętach chora zgłosiła się jeszcze pięć razy do miesienia, przyczem zauważyliśmy, że i te pięć posiedzeń stanowczo do zmniejszenia tego zgrubienia się przyczyniły, nie ustąpiło ono w zupełności, a chora czując się widocznie zupełnie zdrową do kliniki więcéj się nie zgłosiła.

5) B. L., lat 25, izraelitka, zamężna, z Oświęcima, przyjęta do kliniki dnia 3/12. Wywiady: Regularność zawsze prawidłowa. Przed dwoma miesiącami odbyła poród ciężki, który trwał 3 dni, bliższych szczegółów podać nie umie. Dziecię przyszło na świat nieżywe. W siedm dni po porodzie wystąpił dreszcz, gorączka, częsta potrzeba oddawania moczu i bóle szczególniéj w okolicy pachninowéj lewéj, cierpnięcie kończyny dolnéj lewéj. Stolec zaparty. Zaraz zawezwano lekarza, a leczenie dwumiesięczne przeszło nie przyniosło żadnego skutku. Wprawdzie gorączka ustąpiła, ale bóle w dolnéj połowie brzucha po stronie lewéj, a jeszcze znaczniejsze i nieznośniejsze cierpnięcie odnogi lewéj, co czyni chodzenie nie możebnem, a chorą, młodą osobę, przestrasza, dokucza jéj nieznośnie. Stolec oddaje z trudnością.

Stan obecny: Osoba blada, odżywienie liche. Powłoki brzuszne wiotkie, liczne blizny poporodowe. Nad spojeniem łonowem w linii środkowéj guz na trzy palce, zaokrąglony, zbitości mięsnéj, odpowiadający macicy powiększonéj, miękkiéj. Na lewo od niéj obrzęk rozlany, bolesny, o powierzchni falistéj, sięgający aż do kolca biodrowego lewego, nieruchomy. Badanie wewnętrzne wykazuje: Część pochwowa krótka, krótsza po stronie lewéj, niż po prawéj, ujście tworzy szparę o brzegach pulchnych, szyja dla końca palca drożna ku górze się zwęża. Sklepienie lewe szerokie, zepchnięte, wypuklone, błona śluzowa napięta, nieprzesuwalna, tkliwa, prawe jest wązkie, wolne, przednie i tylne również wolne, a w nich daje się wykazać dalszy ciąg macicy powiększonéj, miękkiéj. Wypuklenie w sklepieniu lewem, a przechodzące nieco i na tylne od strony lewéj, pochodzi od dolnego odcinka guza brzusznego, z którym tworzy całość, odcinek dolny jest co do zbitości podobny do całego guza, nieruchomy, a część pochwowa macicy i wogóle lewy bok macicy jest mniéj ruchomy. Na palcu śluz różowy.

Rozpoznanie. *Subinvolutio uteri, exsudatum parauterinum ingens.*

Leczenie. Ponieważ chora nie gorączkowała, przeto

przystąpiono do mięsienia macicy i wypociny. Chora mięsienie znosiła dobrze. W pierwszym rzędzie ustępowało powiększenie macicy z dnia na dzień, jak również dokuczliwe cierpnięcie odnogi lewéj znacznie się zmniejszyło. W drugim rzędzie dopiero po kilkunastu posiedzeniach znacznie guz wypocinowy się zmniejszył, a chora mówiła, że jéj połowę ubyło brzucha. Odchody były skąpe śluzowe. Chora odzyskała apetyt; przygnębienie w czasie jéj przybycia widoczne, a objawiające się często wybuchem płaczu, ustąpiło, a w chorą wstąpiła nadzieja wyleczenia, która jéj rzeczywiście nie zawiodła Chora pozostała w klinice do dnia 6 stycznia b. r., w którym to dniu jako zupełnie wyleczona do domu odjechała.

Badanie dnia 7/1 1890 roku wykazało: Stosunki części rodnych prawidłowe, z wyjątkiem bliznowatego zgrubienia w sklepieniu lewem, idącego od znacznego wrębu po téjże stronie umieszczonego.

6) K. Z., l. 46, wdowa. Przyjęta do kliniki dnia 4. stycznia 1890 roku.

Wywiady Regularność zawsze dawniéj w prawidłowych odstępach czasu 3—4 dni bez boleści. Rodziła 3 razy. Ostatni poród przed 8 laty. Od dwu lat zauważyła obniżanie się jakiegoś ciała do sromu, co miało miejsce przy ciężkiéj pracy lub przy parciu na stolec. Podczas spokojnego leżenia ciało to cofało się ku górze. Równocześnie cierpiała z powodu częstéj potrzeby oddawania moczu Od czterech mniéj lub więcéj miesięcy cierpienie znacznie się pogorszyło, gdyż od tego czasu wychodzi ze sromu ciało wielkości pięści i to przy staniu dłuższem, przy kaszlu, kichnięciu, schylaniu się, oddawaniu stolca i moczu, przyczem ten ostatni odpływa dopiero wtedy, gdy chora guz palcami odprowadza. Guz wychodzi mimo podpaski, którą chora nosi. Od czterech też miesięcy regularność bywa obfita, trwa 7—9 dni, połączona z bólami, poczem upławy trwają cały miesiąc. Nadto skarży się chora na bóle dołem i w krzyżach, co wszystko czyni ją niezdolną do pracy i dla tego szuka pomocy w klinice.

Stan obecny: Odżywienie dobre. Brzuch miękki, podatny, tkanka tłuszczowa miernie rozwinięta. Nad spojeniem łonowem opór zaokrąglony, jakby od macicy: zresztą nic szczególnego. Szpara rozwarta na szerokość czterech palców, z niéj sterczy guz wielkości jaja indyczego, pokryty błoną śluzową suchą, pomarszczoną poprzecznie. Błona ta śluzowa przechodzi z przodu na tylną ścianę cewki moczowéj, z boków na wargi mniejsze Na szczycie guza znajduje się wał twardy, siny, gruby, z brzegami na zewnątrz wywiniętemi. W środku tego wału znajduje się poprzeczna szpara, dzieląca go na dwie wargi przednią i tylną, na któréj jest wrzód wielkości czterocentówki, pokryty wypociną słoninowatą. Macając ten guz czuć można, że pod błoną śluzową jest opór twardy, zbity, odpowiadający szyi macicy i to szyi wydłużonéj, gdyż dno macicy wyczuć można w wysokości spojenia łonowego, a przejście szyi w trzon leży dosyć wysoko. Guz ten daje się do pochwy odprowadzić i wtedy stwierdza się, że jest wynicowana pochwa i wypadnięta macica. Po odprowadzeniu guza, dno macicy sięga na 3 palce nad spojenie łonowe, a trzon macicy powiększony, twardy leży więcéj poziomo. Po wyjęciu palca guz łatwo przed części rodne wypada. Co się tyczy stosunku pęcherza moczowego i odbytnicy do guza, to badanie cewnikiem elastycznym wykazuje, że część pęcherza tworzy zaułek na przedniéj ścianie guza, badanie zaś przez odbytnicę wykazuje uchyłek przedniéj ściany téjże do guza. Zgłębnik maciczny wykazuje długość macicy 12½ cm., przyczem najwięcéj przypada na wydłużoną szyję macicy.

Rozpoznanie. *Inversio vaginae, prolapsus uteri, cystocet rectocele. Elongatio cervicis. metritis et endometritis chronica, ulcus callosum labii posterioris portionis vaginalis.*

Leczenie. W pierwszym rzędzie postanowiono wyleczyć wrzód na wardze tylnéj, a następnie wykonywać systematycznie unoszenie macicy metodą Brandta wraz z innemi zabiegami, do téj metody należącemi.

Leczenie polegało na tuszowaniu lapisem przewodu szyi i wrzodu, co powtarzano co 5 dni, guz zaś podtrzymywano w pochwie za pomocą dużego tampona. Skoro się wrzód oczyścił i był najwyżéj wielkości centa, przystąpiliśmy do wykonania unoszenia macicy, mając nadzieję, że skoro macica się ku górze cofnie, przez co i krążenie się poprawi, wrzód sam się zagoi. Nadzieja nas nie zawiodła. Skutek leczenia był nadzwyczajny. (Dok. nast.)

IV. Z praktyki prywatnéj

Olejek miętowy angielski w leczeniu przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego.

Podał

Dr. B. Piętkowski w Radomiu.

Przed 2 laty wyczytałem, że Dr. W. L. Braddon bardzo zachwala olejek miętowy angielski, jako środek antyseptyczny i znakomicie zmniejszający ropienie. Robert Koch dawno już zaznaczył, że olejek miętowy potężnie działa na laseczniki czarnéj krosty i wstrzymuje rozwój zarodków nawet w rozcieńczeniu 1:300000.

Na to ostatnie spostrzeżenie mało zwracano uwagi i dopiero Dr. W. L. Braddon po licznych i starannych badaniach własności antyseptycznych olejka miętowego, porównawszy go z kwasem karbolowym, sublimatem, jodoformem i jodem, doszedł do wniosku, że olejek miętowy należy stanowczo do najsilniejszych i najpewniejszych środków antyseptycznych. Wypróbowawszy go następnie przy opatrunkach po małych i większych operacyjach, orzekł, że uważa olejek miętowy za najlepszy, najbezpieczniejszy i najprzyjemniejszy środek przeciwgnilny.

Zachęcony takiemi pochwałami zacząłem stosować olejek miętowy w przewlekłem ropnem zapaleniu ucha środkowego, mianowicie w téj uporczywéj postaci, gdzie często wypada zmieniać środki antyseptyczne co 2—3 tygodnie, aż w końcu chorzy znudzeni długiem leczeniem dają za wygranę i leczyć się przestają. Od kwietnia 1888 r. stosowałem ten środek w 26 przypadkach, gdzie sprawa ropna trwała z przerwami od 1—12 lat, a wynik leczenia tak mnie zadowolił, że uważam za pożyteczne podać do ogólnéj wiadomości swoje spostrzeżenia, prosząc kolegów fachowych o łaskawe sprawdzanie.

Zwierciadełek, zgłębników, pręcików do waty (instr. prof. Burckarda-Meriana) oraz innych narzędzi do oczyszczania ucha używam srebrnych, przed każdem użyciem wygotowuję je starannie w porcelanowem naczyniu. Waty używam nasyconéj olejkiem miętowym lub kwasem borowym, wody przesączonéj i przegotowanéj. Zwykle przestrzykuję nasamprzód ucho ciepłym 5% roztworem *natr. sulfur.*, polecając choremu wykonanie pozytywnéj próby Valsalvy, niekiedy stosuję postępowanie Politzera, następnie biorę na 500·0 wody (26°—28°) 5·0 *solut.* 5% *ol. menth. pip. angl. Mitcham. in alcoh. absol.* zwolna przestrzykuję ucho kilka razy, osuszam watą i po skrupulatnem zbadaniu wkładam długi tampon z waty pozostawiając z nim chorego do przyszłego dnia. W razie *tympanitis granulosa* po kompletnem oczyszczeniu ucha znieczulam błonę śluzową 5% *sol. cocain. muriat.*, poczem tuszuję granulacyje *liq. ferri muriatici*, zresztą nazajutrz postępuję, jak wyżéj.

W uporczywych, nieznośnie cuchnących i zadawnionych ropnych zapaleniach ucha środkowego po 10—15 podobnych opatrunkach zwykle ropienie znakomicie się zmniejsza, niekiedy zupełnie ustaje i w ostatnim razie przechodzę do suchego opatrunku *(ac. boric. c.* 1% *ol. menth. pip.)*, badając chorego z początku co 2—3 dni przynajmniéj, następnie co tydzień.

O ile mogę wnosić z 26 przypadków, olejek miętowy angielski w *otitis med. suppurativa chr.* w porównaniu z wielu innemi środkami (jakich dawniéj sam używałem oraz widziałem ich zastosowanie l. a. w poliklinice prof. Burckard-Meriana w Bazylei) stanowczo zasługuje na pierwszeństwo, jako: 1) wcale nie drażniący błony śluzowéj; 2) znakomicie zmniejszający, tępiący, że tak się wyrażę, ropienie wskutek silnéj własności antyseptycznéj i łatwéj dyfuzyi; 3) zupełnie bezpieczny w zastosowaniu; 4) odwaniający zupełnie i stale wydzielinę; 5) przyjemny w opatrunku dla chorych i doskonale przez nich znoszony.

Rak odźwiernika jako następstwo wrzodu okrągłego żołądka.

Podał
Dr. T. Bąkowski w Baranowie.

W numerze 15 „W. m. Wochenschrift“ z r. b. (sprawozd. w „Przegl. Lek.“ Nr. 21 r. b.), obznajamia nas doc. Rosenheim (Berlin) z przypadkiem wrzodu okrągłego żołądka, do którego w następstwie przyłączył się rak i złośliwa bezkrwistość. Ponieważ rak żołądka należy, jak Rosenheim pisze, do rzadkich, a bardzo ważnych chorób łączących się i powstających wskutek wrzodu okrągłego żołądka, a przypadek bardzo podobny obserwowałem, dlatego ogłoszenie te goż uważam za usprawiedliwione i pożądane.

Dnia 2 kwietnia 1889 zawezwany zostałem do F. N. nauczyciela ludowego w B. około 60 lat mającego, u którego badanie wykazało: *catarrhus ventriculi acidus, stenosis pylori subsq. dilatatione ventriculi probabiliter post ulcus rotundum ventr.* Wrzód powstał w żołądku nieznacznie bez gwałtownych wymiotów krwawych (raz tylko przed paru laty miały być wymioty z domieszką krwi i boleści dłuższy czas się utrzymujące) tak, że czas jego powstania trudno oznaczyć. Chorego leczyłem przez kwiecień i połowę maja, a gdy cierpienie nie wiele się polepszyło, z mojéj porady udał się do specyjalistów. Tu wydobyto z żołądka czczego przeszło litr treści fusowatéj o kwasocie = 36, a w treści wykazano wolny kwas solny, w żołądku nadto wybroczyny. Często wydobywana i badana treść żołądkowa wykazywała zawsze wysoką, nadmierną kwasotę i wyraźne oddziaływanie na kwas solny, zatem istotnie była tu *stenosis post ulcus rotundum ventriculi*, a jeżeli „przy rokowaniu w nieżycie kwaśnym należy mieć na względzie tę okoliczność, że ma się przed sobą chorego, u którego przy lada sposobności może powstać wrzód okrągły“ (Korczyński i Jaworski „Przegląd Lek.“, Nr. 26, 1889), to wobec istniejących wybroczyn i nadmiernéj kwastoty treści żołądkowéj najprawdopodniéj wrzód nie był jeszcze zagojony. Po kilkotygodniowem leczeniu pacyjent wrócił do domu z polepszonem zdrowiem i daléj stosował zaordynowane sobie leczenie. Przez cały lipiec aż do 8-go sierpnia 1889 r. badałem często u tegoż pacyjenta wydobywaną treść żołądkową, znajdując u niego w pierwszéj połowie lipca kwasotę już zbliżoną do prawidłowéj na szczycie trawienia. W tym czasie rozmawiając z jednym ze specyjalistów, któremu znany był przebieg choroby pacyjenta, wyraziłem obawę, żeby się z czasem w żołądku rak nie rozwinął. Na to otrzymałem odpowiedź, „że o tem nie można myśleć, gdyż oddziaływanie na kwas solny było zawsze wyraźne“. Mimo tego wróciwszy do domu badałem daléj pilnie treść żołądkową i znalazłem kilkakrotnie ze zdziwieniem kwasotę znacznie mniejszą od prawidłowéj i brak kwasu solnego. I tak między innemi: w dniu 31 lipca próba lodowa wykazała brak zupełny kwasu solnego, a w dniu 7 sierpnia badanie treści żołądkowéj do żółtego kału podobnéj, woni kwaśnozgniłéj, bardzo nieprzyjemnéj (przesącz żółtawy) na szczycie trawienia (w 5 godzin po obiedzie składającym się z filiżanki rosołu z kaszką potrawki z kurczęcia), wykazało = 22 a zatem odpowiadającą $22 \times 10 \times 0\cdot003645 = 0\cdot8019$ p. m. HCl., t. j. znaczne zmniejszenie się kwasu solnego, boć i ta mała kwasota pochodziła przeważnie od kwasów fermentacyjnych t. j. mlekowego, octowego, masłowego i t. p., o czem świadczyła już woń przykra treści. To znaczne zmniejszenie się kwasoty na szczycie trawienia, głównie zaś znaczne zmniejszenie się ilości kw. solnego, było dowodem przechodzenia nieżytu kwaśnego w nieżyt śluzowy, dowodem wzmagającego się zwyrodnienia błony śluzowéj żołądka, a wobec towarzyszącéj chery naprowadzało mnie na myśl, że mamy tu do czynienia z rozwijającym się na tle wrzodu rakiem odźwiernika, że więc moja dawniéj wyrażona obawa zaczyna zyskiwać podstawę. Wskutek stosowania suchéj dyjety wprawdzie pacyjent w początkach sierpnia zyskał koło 3 funt. na wadze, wnet jednak siły zaczęły gwałtownie upadać tak, że pacyjent zmuszony był poddać się operacyi. Dokonał jéj w Krakowie prof. Dr. Obaliński, a z łaskawie użyczonéj mi odpowiedzi dowiaduję się, że dokonał „resekcyi odźwiernika rakowego“ i że „badanie stwierdziło niewątpliwie raka“ (chory umarł wnet wskutek *collapsus ex inanitione*).

Rosenheim spostrzegał w swym przypadku oprócz raka nadto złośliwą bezkrwistość. Mój pacyjent był w wysokim stopniu anemiczny, stosunku jednak ciałek białych krwi do czerwonych (dla braku mikroskopu) podać nie umiem. W rozprawie wymienionéj wyżéj podaje Rosenheim, że w przypadkach kombinowanych aż do saméj śmierci znajduje się dostateczna ilość HCl. i to właśnie wtedy, kiedy wrzód, a zatem i rak obejmują odźwiernik. W moim przypadku już na parę tygodni przed śmiercią, jak podałem, pokazało się znaczne zmniejszenie ilości kw. solnego na szczycie trawienia.

W przypadkach zwężenia odźwiernika na tle wrzodu okrągłego, należałoby zatem, jak sądzę, szczególniéj u ludzi starszych, badać pilnie przesącz treści żołądkowéj na kwasotę i kwas solny, bo może wtedy udałoby się nieraz przy zwracaniu uwagi na towarzyszącą cherę, położenie odźwiernika [1]) i na stałe ubywanie mocznika w moczu [2]) mimo braku wymiotów fusowatych, powiększeniu gruczołów pachowych i t. p. znanych objawów raka, wykryć grożące niebezpieczeństwo w formie wytwarzającego się nowotworu i uchwycić tym sposobem chwilę sposobną do skutecznéj dla pacyjenta operacyi. Prawda, że znane są przypadki, gdzie mimo stałego braku kwasu solnego w treści żołądkowej stanowczo raka wykluczyć można, są to jednak wyjątki.

V. Oceny i sprawozdania.

O wynikach wieszań we wiądzie mlecza za pomocą aparatu Muczutkowskiego,

skreślił
Stanisław Daniłło docent akad. lekarskiéj. i Emil Przychodzki ordyn. pryw. kliniki psychiatr. w Petersburgu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36).

Przypadek 5) A. K., lat 32, stójkowy. Przebył kiłę w 22 roku życia, pił wódkę, lecz dość umiarkowanie. Choroba rozwinęła się w 31 roku życia, objawiając się bólami strzelającemi w kończynach dolnych, które wzmagały się przeważnie nocami, przez najróżniejsze parestezyje w rodzaju ściskań pod kolanami, lub chodzenie mrówek po nogach itp. Przed wieszaniami bóle strzelające i parestezyje w kończynach dolnych występowały dość silnie, a chód był znacznie ataktycznym; objaw Romberga był dość wyraźnym, brak zupełny odruchów ścięgnistych kolanowych, źrenice równe, lecz na światło, akomodacyję i ból oddziaływają słabo; czucie bólu na kończynach dolnych osłabione, czucie mięśniowe bez zmian widocznych; czynność pęcherza moczowego i narządów płciowych zachowane prawidłowo; uporczywe zaparcia stolca, brak łaknienia, sen i stan ogólny chorego o tyle niezadowalające, że chory zmuszonym jest porzucić uciążliwą służbę i zwraca się po poradę lekarską.

Wieszaliśmy go 29 razy (od 4/10 do 2/12); poczynając wieszanie od 1 minuty do 5-ciu. Pierwsze 4 wieszania nie wydały żadnego wyniku; w każdym razie żadnego polepszenia nie zauważyliśmy. Po 5-em wieszaniu bóle strzelające znikły; parestezyje jednakże pozostały, stan psychiczny i sen znacznie lepsze; owe polepszenie zniewoliło chorego do regularnego uczęszczania do kliniki. Po 6-em wieszaniu chory twierdził, że chodzi pewniéj, odważniéj; stolce prawidłowe, łaknienie zadowalające, sen i stan ogólny dobre. Po 7-em i następnych wieszaniach do 13 włącznie: chód chorego i nam przedstawiał się znacznie pewniejszym, śmielszym, trwalszym; parestezyje zewsząd ustąpiły, chory czuł się bardzo dobrze. Po 14 em wieszaniu polepszenie chodu można zauważyć nawet wówczas, kiedy chory zamknie oczy; objaw Romberga występuje słabiéj. Podówczas stan chorego polepszył się o tyle, że mógł powrócić do służby, służbę dość uciążliwą dla człowieka z taką chorobą, na któréj dyżurując był w stanie jednakże stać do 6 ciu godzin bez zmęczenia. Następne wieszania nie wydały dalszych zmian. Po 19-em jednakże

[1]) Lauenstein: *Wien. Pr.* 23, 1889. — [2]) Ranzier: *Intern. Rundschau*, 49, 1889.

wieszaniu chory twierdził, jakoby poprzednie kołysanie się z zamkniętemi oczyma n. p. przy myciu prawie najzupełniéj znikło. Począwszy od 19 do ostatniego (29) wieszania, oprócz nieznacznéj biegunki i lekkiego ściskania pod kolanami, chory na nic więcéj się nie skarżył. W tym przypadku wogóle: chód zupełnie się poprawił, kołysanie się bardzo nieznaczne, wszelkie bóle i parestezyje znikły, pęcherz moczowy i sfera płciowa działały najzupełniéj prawidłowo, czynność kiszek i łaknienie stały się prawidłowemi, a sen i stan ogólny najzupełniéj zadowalającemi. Na objaw Westphala i narząd wzrokowy wieszania najmniejszego wpływu nie wywarły.

Przypadek 6) J. G., lat 38, konduktor kolei żelaznéj, kawaler, znacznie niedokrewny i wyniszczony. Siostra-epileptyczka. W 16-tym roku życia „coś mu pękło w krzyżu“, poczem był napad mdłości. W 21 roku życia przebył kiłę. Obecna choroba rozpoczęła się 4 lata temu od silnych strzelających bólów w całem ciele. Dwa lata temu do owych bólów dołączyły się przypady żołądkowo-kiszkowe: (zaparcia stolców, biegunki i bóle w okolicy żołądka, *crises gastriques*), które $^1/_2$ roku temu ustąpiły. *Abusus in Baccho* nie było nigdy. Obecnie skarży się na osłabienie nóg i ich ociężenie; prawa dolna kończyna nieco niedowładna; bóle strzelające, przeważnie znaczne w dolnych kończynach (jakby rozmiażdżające kości); rozliczne parestezyje jakoto: uczucie wojłoku pod podeszwami lub pęcherza z lodem, chłód od kolan na dół. W okolicy 4-ech palców lewéj ręki *asphyxia localis*, toż samo na stopach. Ból krzyża i osłabienie ogólne. Kołysanie się przy staniu nawet i przy otwartych oczach. Objawy Romberga i Westphala wyrażone znacznie. Lewa źrenica daleko szersza niż prawa. Prawa źrenica na akomodacyję oddziaływa słabo, lewa nie oddziaływa zupełnie; reakcyi na światło i ból brak w obydwóch. Brak odruchu ścian brzusznych z lewéj strony. Osłabienie czucia mięśniowego znacznie wyrażone w kończynie dolnéj prawéj. Termiczne (ciepłotne) i bólowe anestezyje członka (płciowego). W przebiegu 6-ciu lat ani erekcyj ani polucyj nie było. Strumień moczu słaby i przerywany; chory oddaje mocz z wysiłkiem i nadymaniem. Ciągłe zaparcia stolców, chwilami ranne nudności. Sen niedostateczny i czujny, utrata apetytu. Napady *crises gastriques*, które trwają dobę, pojawiają się co 3—4 dni. Dość częste i silne zawroty głowy.

Wieszaliśmy go 3 razy (po 1 minucie), lecz po każdem wieszaniu zauważaliśmy niepożądane powikłanie, wyrażające się tem, że chory skarżył się na silne zawroty głowy, nudności, przytem silnie bladł i pocił się znacznie na całem ciele, przeważnie zaś na twarzy. Prócz tego można było skonstatować długotrwałe następcze osłabienie. Wskutek takich powikłań pod wpływem wieszań byliśmy zmuszeni takowe zawiesić.

Przypadek 7) J. P., lat 42, wieśniak. Kiły nie przebywał, jak również wódki nie nadużywał. Brat chorego umarł na udar. Choroba rozwinęła się w lipcu 1888 roku klonicznemi podrywaniami i ociężeniem nóg. Latem w 1889 roku *hemiparesis dextra. Habitus apoplecticus*, chód niewyraźnie ataktyczny; niezborność wyraźniejsza w lewéj kończynie dolnéj; nieznaczne bóle strzelające w nogach; uczucie odrętwienia i chodzenie mrówek w kończynach dolnych; uczucie ściągania w krzyżu. Objawy Romberga i Westphala wybitne. Źrenice rozszerzone nierówne, lewa szersza; na światło i akomodacyję oddziaływają prawidłowo obie. Odruchy skórne zachowane i wyrażone jednako ze stron obu. Częste zatrzymanie moczu, chory oddaje mocz z trudnością (nadymania); strumień moczu słaby i przerywany. Osłabienie czynności płciowych; ani erekcyj ani polucyj nie było już od $^1/_2$ roku. Chwilami bóle brzucha z przypadami ze strony przewodu pokarmowego (biegunki przechodzące w uporczywe zaparcia). Czucie bólu w kończynach dolnych osłabione, anestezyje członka i nieznaczne osłabienie czucia mięśniowego w obydwu kończynach dolnych. Prócz tego można skonstatować stłuszczenie serca i wyraźną *arteriosclerosis* tętnic dostępnych badaniu.

Wieszaliśmy go tylko 8 razy i to jakoby na próbę, abyśmy byli w stanie wyjaśnić, czy można w danym razie oczekiwać polepszenia, a jeżeli tak, to w czem mianowicie. Po 1-em wieszaniu, trwającem 1 minutę, pojawił się zawrót głowy, z początku zaczerwienienie, a późniéj posinienie twarzy, rozszerzenie źrenic *ad maximum*, nieznaczny *exophthalmus*, nudności, pot ogólny i znaczne osłabienie. Nie bacząc na to, próby prowadziliśmy daléj. Po 2-em wieszaniu, trwającem $1^1/_2$-éj minuty, powtórzyło się toż samo, co i za 1-ym razem. 3-cie wieszanie (trwające 2 min.) wywołało jednakże znaczne polepszenie, nie bacząc na wyżéj wymienione niepożądane objawy, rozwijające się bezpośrednio po każdem wieszaniu. Chód zaczął być pewniejszym i lżejszym, jakkolwiek kołysania się chorego pozostały bez zmiany. Bóle strzelające ustąpiły; pozostały jedynie nieznaczne parestezyje w krzyżu. Czynność kiszek i łaknienie poczynały być prawidłowemi, a chory czuł się stosunkowo dobrze; sen poprawił się. Lecz następnym wieszaniom nie omieszkały towarzyszyć owe niepożądane objawy, jakieśmy zauważyli przy 1-em; jednocześnie niektóre objawy chorobowe chwilowo jakoby wystąpiły wyraźniéj (kołysanie się chorego zdawało się być nieco silniejszem i kloniczne podrywanie nóg chwilami występowało po dawnemu); jednakowoż bóle strzelające już nie powróciły. Po 8-em wieszaniu (2 minuty), nastąpiło pewne polepszenie; chód stał się nieco pewniejszym, a niezborność mniéj wyraźną jak i kołysanie się chorego; bóle strzelające i parestezyje ustały; poniekąd i przypady ze strony przewodu pokarmowego, a nastrój psychiczny i sen chorego uległy także znacznemu polepszeniu. Wskutek niepożądanych powikłań wywoływanych przez wieszanie, ostatnie musieliśmy przerwać, nie bacząc na pewne polepszenia w stanie chorobowym.

Przypadek 8) Lekarz, J. S., lat 55. Dziedziczności odnośnie do danéj choroby nie ma, kiły nie przebył; nie nadużywał wyskoku. 3 lata temu zaczął uczuwać bóle strzelające, przeważnie lokalizujące się na tylnéj powierzchni bioder; w lecie 1889 roku prócz tego zauważył i parestezyje w rękach, znacznie wzrastające, przeważnie po długiéj jeździe koleją (kilka lat zajmował miejsce lekarza na kolei żelaznéj).

Przy badaniu w lipcu 1889 roku stwierdzono: charakterystyczny chód tabetyka, brak odruchów ścięgnistych kolan (przy wszelkich możliwych sposobach ich badania); zwężenie źrenic z brakiem ich oddziaływania na światło i akomodacyję, niemożliwość chodzenia, a nawet stania z zamkniętemi oczyma; pewną trudność wśród oddawania moczu, słabe naprężenia członka podczas erekcyj; najwięcéj niepokoją chorego bóle strzelające w kończynach dolnych i parestezyje w rękach, przeważnie zaś w dłoniach. Naznaczono wieszanie, począwszy od 1 minuty, co drugi dzień, wogóle nie więcéj nad 3 razy tygodniowo. Trwanie każdego wieszania powiększano o $^1/_2$—1 minutę stopniowo i doprowadzono do 5 minut. Po 16-tu wieszaniach zupełne ustąpienie tak parestezyj jak i bólów strzelających jak również pewne polepszenie w oddawaniu moczu. Wewnętrznie podówczas dawano chwilami niewielkie dawki soli jodowych i bromowych. A że objawy najsilniéj niepokojące chorego i wyżéj wspomniane ustąpiły, przeto sam chory przerwał leczenie. Niepożądanych powikłań podczas wieszań nie zauważono ani razu.

Przypadek 9) Inżynier kolejowy, A. L., lat 62. Dziedziczność niewiadoma. Kiły nie przebył. Niepewność chodu w ciągu lat kilku. Trudny chód przeważnie przy schodzeniu ze schodów. Jadąc w otwartéj karecie uczuwał utratę równowagi, jak również i w ciemności. Strzelające bóle w kończynach dolnych. Częste zaparcia stolców. Utrata odruchów kolanowych; czucie bólu i czucie ciepłoty z lewéj strony osłabione w całéj kończynie dolnéj i w dolnéj części brzucha. Oddziaływanie źrenic bez zmiany: asymetryi nie widać. Udał się o poradę w marcu 1889 roku wskutek zwiększającéj się niepewności chodu i osłabienia nóg. Badając uczucie mięśniowe i siłę, jak również i oddziaływanie elektryczne, wyraźnych zmian nie znaleziono. Zalecono mu wieszanie trzy razy na tydzień, zacząwszy od 1-éj i dochodząc do 3-ch minut. Po 6-ciu pierwszych wieszaniach uczucie zmęczenia przy chodzeniu znacznie słabsze i rzadziéj występujące. Następnie po 12-tu wieszaniach (ostatnie 6 po 3 minuty, 3 razy na tydzień), swobodnie i lekko może schodzić ze schodów; jazda w otwartym pojeździe nie wywołuje więcéj uczucia

utraty równowagi. Zaparcia stolców coraz rzadsze. Stan psychiczny i sen daleko lepsze (gdy przedtem sen był przerywany i niedostateczny). Wskutek znacznego polepszenia objawów najwięcéj niepokojących chorego wieszania na życzenie tegoż przerwano. Lato przepędził w Druskienikach. Wróciwszy ztamtąd chory już na kołysanie się przy chodzeniu i na utratę równowagi, jakto bywało podczas jazdy. nie żalił się więcéj. Czucie polepszyło się. Zaparcia stolców ustały. Odruchów jednak ścięgnistych obu kolan, jak nie było, tak niema. (C. d. n.)

„Influenza", studijum historyczne i kliniczne Dra A. Kuznecowa, prof. kliniki lekarskiéj w Charkowie i Dra F. L. Hermanna z Charkowa, opracował Dr. Józ. Drozda, docent we Wiedniu.

Studyjum to składa się z dwóch części: historycznéj i klinicznéj. Pierwszą część podaje autor, jak to w przedmowie powiada, prawie bez zmiany oryginału rosyjskiego, drugą z uzupełnieniem spostrzeżeń klinicznych, częścią własnych, a częścią obcych. Na wstępie spotykamy się z ogólnemi wiadomościami o saméj chorobie, pochodzeniu jéj nazwy i pierwszych jéj znanych wybuchach nagminnych, które według niedokładnych opisów, zachowanych w księgach Hippokratesa, Liwiusza i innych, odnieść trzeba do czasów przedchrześcijańskich. W pierwszych wiekach po Chr. zdaje się także kilkakrotnie epidemicznie występowała i według Leupolda była ona tą chorobą, która dała powód do zwyczaju jeszcze dziś zachowywanego życzenia „na zdrowie" przy kichaniu. Bliższe szczegóły o téj chorobie spotykamy dopiero w opisach epidemii z r. 1387, panującéj podówczas we Francyi i Włoszech i późniejszych, których objawy w krótkości autor podaje, wraz z wyliczeniem chronologicznem znanych pan- i epidemij, miejscowości, w których takowe wybuchły i panowały, powikłań im towarzyszących, leków, które przeciw niéj stosowano i odsetków śmiertelności.

Co do etyjologii, to właściwa przyczyna choroby jest nieznana; klimat nie wywiera na nią żadnego wpływu; już prędzéj pora roku, gdyż według zestawień na 125 epidemij 50 wypada na miesiące zimowe, 35 na wiosnę, 16 na lato, a 24 na jesień, innych jakich przyjaznych wpływów dla wybuchów epidemii influenzy wykazać nie można.

W dalszym ciągu przytacza autor wyniki badań bakteryjologicznych, dochodzi jednak do przekonania, iż pomimo, że za przyczynę choroby należy uważać jakiś drobnoustrój, dotychczasowe wyniki badań nie są dostateczne, aby ten lub ów z podanych przez różnych badaczy mikroorganizmów za wywołujący chorobę uznać można.

W kwestyi, czy influenza jest chorobą czysto zaduchową (Leyden, Fürbinger, Hirsch), czy przyrzutową, oświadcza się autor za zdaniem, że jest ona zaduchowo-przyrzutową, gdyż zdolności przerzucania się z osoby na osobę zaprzeczyć jéj nie można, o czem świadczy wiele faktów, obserwowanych w ostatniéj epidemii. Nieuzasadnionem jest zdanie, jakoby influenza stała w jakimkolwiek związku z innemi chorobami zakaźnemi, lub aby je poprzedzała (cholera). Przed opisem właściwych objawów klinicznych podaje autor przebieg téjże choroby u koni i psów oraz nadmienia, że u wymienionych zwierząt i innym chorobom nazwę influenzy weterynarze nadają.

Co do formy rozróżnia autor, jak zresztą wszyscy: 1) formę nerwową, 2) nieżytową i 3) gastryczną, opisując z wielką dokładnością objawy kliniczne każdéj z nich na podstawie obcych i własnych spostrzeżeń z ostatniéj epidemii. Jako najważniejsze i najczęstsze powikłania przytacza choroby narządu oddechowego, jak zapalenie płuc nieżytowe, włóknikowe, rzadziéj zapalenie samoistne opłucny, z innych ropne zapalenie ucha środkowego, zropienie jamy Highmora i choroby ócz, z których najczęściéj spostrzegano porażenie mięśni ocznych, nieżyt spojówek, obrzęki powiek przechodzące czasem w ropienie i pojedyncze przypadki tu i owdzie spostrzegane, jak ropne zapalenie naczyniówki (Hirschmana), ostra jaskra zapalna (Adler, Everbusch), porażenie akomodacyi, zanik nerwu wzrokowego itd. Prócz tego przytacza autor rzadkie, przez klinicystów opisane powikłania ze strony układu nerwowego i narządu moczowego. U alkoholistów często wywołuje influenza *delirium tremens*, u osób z chorobami serca śmierć z porażenia tegoż, a u ciężarnych poronienia.

Co do zapalenia płuc włóknikowego, przychyla się autor do zdania tych, którzy wprowadzają takowe w związek przyczynowy z influenzą.

Nawroty choroby są dosyć częste, rokowanie zależy po większéj części od charakteru epidemii, ostatnia należała do złośliwszych. Przedewszystkiem złem jest rokowanie u ludzi z chorobami piersiowemi, osób charłaczych i u starców.

O zmianach anatomo-patologicznych wspomina autor, że najczęściéj odnoszą się do narządu oddechowego, obok zmian nieżytowych w oskrzelach, szczególnie w formie nieżytowéj. W formie gastrycznéj napotykamy nieżyt błony śluzowéj jelit, czasem obrzmienie kępków Peyerowskich i gruczołów odosobnionych. Śledziona w wielu przypadkach znacznie powiększona, miękka; w sercu często zwyrodnienie tłuszczowe.

Rozróżnienie influenzy od duru i kokluszu może budzić wątpliwości w 1 szym tylko okresie choroby. Wielu francuskich autorów zwróciło uwagę, że prócz epidemii influenzy panowała w tymże czasie choroba zakaźna „dengue". Autor nie podziela tego zdania. Objawy kliniczne tych dwóch chorób są wprawdzie podobne, ale w przebiegu influenzy rzadko wydarza się osutka i obrzęk stawów, które prawie stale towarzyszą dengue, prócz tego ta ostatnia pojawia się tylko w strefie gorącéj. Najważniejszem byłoby wykazanie mikroorganizmów, wywołujących obie te choroby, a wtedy odróżnienie ich od siebie nie pozostawiałoby wątpliwości.

W leczeniu ważne znaczenie przypisuje autor postępowaniu zapobiegawczemu, zresztą leczenie jest czysto symptomatyczne.

Całość przytoczonéj monografii, opracowana bardzo starannie tak pod względem formy jak i treści, przedstawia bardzo dokładny obraz zapatrywań dawniejszych i nowszych o dotyczącéj chorobie wogóle i jéj klinicznych objawach Jeden tylko dałby się zrobić zarzut, a mianowicie ten, że w kwestyjach wątpliwych, odnoszących się do objawów klinicznych i etyjologii pewnych powikłań, autor nie podaje własnych spostrzeżeń, w ilu i na ile n. p. przypadków niepowikłanéj influenzy znajdował obrzęk śledziony, w ilu przypadkach spostrzegał komplikujące zapalenie płuc włóknikowe, jaki był jego przebieg i zejście, jaki miał procent śmiertelności obserwowanych przez siebie przypadków itd. Zestawienie w cyfrach tego rodzaju kwestyj wątpliwych jest ważnem i pozwala czynić pewne wnioski, często trafne, nim naukowe badania wyświecą rzeczy niejasne. *J. R.*

Patologija.

Dr. Oscar Romich (Wiedeń): **O chorobach nóg wywołanych nieodpowiedniem obuwiem i o ich leczeniu.**

R. omawia naprzód główne zasady, według których powinien być but zrobionym i w tym względzie trzyma się głównie przepisów Dra Vötscha (*Fussleiden und rationelle Fussbekleidung*, Stuttgart 1883). Każdy but powinien być zastosowanym do nogi i mieć odpowiedne do nogi wymiary, t. j. długość, szerokość podeszwy, szerokość w palcach i objętość w stawie skokowym. Żądaniom mody co najwyżéj można zrobić to ustępstwo, że podeszwa buta może być węższą o 1 cm. od szerokości podeszwy nogi branéj w chwili, gdy na nodze spoczywa ciężar całego ciała. Podeszwa buta nie może być grubą, a nadto powinna w palcach nieco ku górze być wygiętą. Autor zaleca także obcasy niskie. Ku palcom może podeszwa się zwężać co najwyżéj o 1—1½ cm Najlepsze ma być obuwie na grzbiecie nogi sznurowane. Choroby wywołane złem obuwiem dzieli R. na następujące grupy: a) zaczerwienienia, b) odmrożenia, c) otarcia przyskórka i owrzodzenia, d) nagniotki i zgrubienia przyskórka, e) zapalenia koło paznogci (*unguis incarnatus*), 7) nieprawidłowe ułożenie palców.

Zaczerwienienia lokalizują się najczęściéj wzdłuż wewnętrznego i zewnętrznego brzegu nogi, na grzbiecie stawu skokowego, nad ścięgnem Achillesa i na grzbiecie palców. Ustępują zwykle szybko, a rzadko tylko wymagają okładów z *Aq. Goulardi.*

b) Odmrożenia powstają także najczęściéj w tych miejscach, gdzie obuwie wywiera znaczniejszy ucisk, gdyż wywołana uciskiem niedokrewność sprzyja bardzo powstaniu odmrożenia. Co do leczenia, to najważniejszą rzeczą jest usunąć przyczynę, t. j. ucisk buta; w drugim rzędzie dopiero stoją środki aptekarskie. Dobrze działa pędzlowanie *Collodium* z dodatkiem jodu, *tra jodi* i *tra gallarum āā*, lub letnie nożne kąpiele z dodatkiem soli jodowéj w ilości 10—20 grm. na 8—10 litrów wody.

c) Otarcia przyskórka lub powierzchowne owrzodzenia powstają często, gdy tylko ucisk buta trwa bardzo długo, często są one na tle przemrożeń. Leczenie ich nie wymaga koniecznie leżenia w łóżku, wystarcza oczyścić je antyseptycznie, zasypać jodoformem i pokryć maścią (*Acid. boric. 5·0, Cerae alb. 10·0, Ol. oliv. 25·0*. Gdy granulacyje są zanadto wybujałe, należy przyżegać 1% rozczynem lapisu. Niektórym owrzodzeniom towarzyszy często wyprysk, a gdy takowy posuwa się ku podeszwie, to zanim doprowadzi zgrubiałą tutaj warstwę przyskórka do pęknięcia, to poprzednio tworzy pod nią z powodu wzmożonego wydzielania pęcherze, które należy nakłuć i treść z nich wydalić.

d) Nagniotki i rozlane zgrubienia przyskórka. Samo przez się rozumie się, że najważniejszem zadaniem terapii jest usunąć niedogodne obuwie. Od dawien dawna praktykowane jest wycinanie nagniotków, ponieważ jednak nagniotki znajdują się zwykle blisko stawów, lub też bardzo często pod niemi umieszczona jest torebka maziowa, która części nieczyste i rozpadowe bardzo łatwo może wessać i wprowadzić do ogólnego obiegu krwi, dlatego też zabieg ten często pociąga za sobą bardzo złe skutki. Należy więc w danym razie wycinać z zastosowaniem wzorowéj antyseptyki, a dla téj większéj nawet pewności należy po takiéj operacyi pozostać kilka dni w łóżku. Ze środków lekarskich najważniejsze zastosowanie ma tu kwas salicylowy. Wszystkie prawie środki dotąd używane zawierały kwas salicylowy, tylko niestety w bardzo małéj ilości, dopiero Roesen (*Centralblatt f. Chirurgie* 1888, 32) wprowadził używanie czystego krystalicznego kwasu salicylowego. Posypywał nagniotek kryształkami kw. salicylowego i ustalał za pomocą delikatnych opasek; po 5—10 dniach z łatwością nagniotek odpadał. Aby działanie kwasu zlokalizować, postępuje B. w następujący sposób: z przylepca wycina pasek 12—15 ctm. długi, a 2 ctm. szeroki i na nim w odpowiedniem miejscu rozciera 50% plaster salicylowy, następnie obwija nim palec tak, aby plaster salicylowy przypadł na nagniot. Po 5—6 dniach z wielką łatwością da się nagniot zdjąć.

e) Wrastanie paznokci. Za przyczynę téj przykréj, a dosyć często powtarzającéj się choroby należy uważać nieodpowiednie obuwie i nieprawidłową krzywość paznokcia. Terapija jest tu jeszcze nieustalona. Lesser w *Lehrbuch der Hautkrankheiten* 1888, p. 186 radzi wsuwać *Empl. Litharg.* lub watę z *ung. diachyl* pod paznokieć, a za pomocą przylepca odsuwać na bok fałd skóry. W wysokich tylko stopniach radzi kompletne usunięcie paznokcia. Pastin (*Centralblatt f. Chir.* 1888, 1) pędzluje miejsce wrastania paznokcia *traumaticiną*, przez co ma osiągnąć oddzielenie się paznokcia od łożyska, a wreszcie łatwe zupełne go usunięcie. R. radzi przy dokładnéj antyseptyce odciąć nożycami wrastający brzeg paznokcia, przyznaje jednak sam, że zabieg ten jest bardzo bolesny, a lokalne znieczulenie eterem lub kokainą nie wiele pomaga.

f) Z powodu noszenia krótkiego obuwia często palce są za silnie pozaginane, a nadto około swéj osi podłużnéj na wewnątrz skręcone; często zaś falangi są ustawione pod kątem i falanga jednego palca zachodzi na falangę drugiego. W przypadkach już wygórowanych należy zastosować płytkę blaszaną cienką, łatwo dającą się giąć, 12—14 ctm. długą i zaopatrzoną w wcięcia odpowiadające palcom. Do wcięć tych przymocowuje się palce przylepcem. (*Wien. med. Presse* 1890, Nr. 15, 16). *Dr. Hicner.*

Choroby nerwowe.

Thomsen: *Neuritis multiplex alcoholica.*

Autor przytacza 3 ciekawe przypadki zapalenia rozsianego nerwów na tle nadużycia napojów wyskokowych.

Przypadek I. Człowiek młody, nadużywający napojów wyskokowych, skutkiem zaziębienia dostał porażenia odnóg dolnych i popadł w obłąd wyskokowy (*delirium tremens*). Obłąd ten trwał długo, a porażenie jeszcze więcéj się wzmogło i rozszerzyło się i na odnogi górne. Późniéj porażone odnogi straciły czucie, wystąpiły parestezyje i ruchy mimowolne, daléj zapalenie nerwu wzrokowego, *nystagmus*, niedowład mięśnia ocznego zewnętrznego po obu stronach, przyspieszenie tętna bardzo znaczne i duszność. W końcu chory nie mógł oddawać sam moczu, nastąpiły odleżyny i wreszcie śmierć po 30 dniach skutkiem zapalenia płuc.

Badanie anatomiczne wykazało zwyrodnienie większéj części nerwów ustroju. Nerwy mózgowe, mózg i rdzeń pacierzowy były nienaruszone.

Przypadek II. Mężczyzna 35-letni, który nadużywał napojów wyskokowych, a przedewszystkiem wódki, w roku 1880 zapadł skutkiem zaziębienia na nieczulicę odnóg dolnych. Potem wystąpiły różne parestezyje, a mianowicie bóle napadowe i mrowienie w palcach. W r. 1881 wystąpiły uczucie opasania (*Gürtelgefühl*), niedowidzenie i szum w uszach. Późniéj sprawa jeszcze więcéj się pogorszyła, wystąpił obłąd alkoholowy i równocześnie z nim chód niezborny, bóle głowy, zdwojone widzenie, przeczulica stawów kolanowych, a badanie okazało wtedy brak odruchów ścięgnistych kolanowych. W roku 1884 znaczna poprawa. W r. 1886 znów silne przeszywające bóle w odnogach dolnych, uczucie opasania, zatrzymanie moczu, potem *incontinentia urinae* i śmierć w r. 1887.

Badanie anatomiczne wykazało: Rdzeń pacierzowy zupełnie prawidłowy, tak samo mózg i rdzeń przedłużony. Nerwy oczne prawidłowe, za to zwyrodnienie nerwów rdzeniowych bardzo znacznego stopnia.

Przypadek ten ciekawym jest o tyle, że objawy zupełnie prawie odpowiadały uwiądowi rdzenia (*tabes dorsualis*), a tylko jednego brakowało objawu odpowiadającego téj chorobie, t. j. nie było przez cały czas zwężenia źrenic. Przypadek ten rozpoznano jako uwiąd rdzenia, a dopiero sekcyja wykazała, że miano tu do czynienia z rozsianem zapaleniem nerwów.

Przypadek III bardzo charakterystyczne okazywał objawy: Bardzo wielka duszność i przyspieszenie tętna (130), niedowład obu mięśni zewnętrznych oka, obustronna *ptosis*.

Badanie anatomiczne wykazało: Rdzeń pacierzowy prawidłowy, mierne zwyrodnienie nerwów rdzeniowych; rdzeń przedłużony w okolicy jądra nerwu błędnego w wysokim stopniu zmieniony. Zwyrodnienie włókniste tegoż ze zanikiem włókien nerwowych i komórek zwojowych, drobne wynaczynienia. Sam nerw błędny z jądra wychodzący był zupełnie prawidłowy. Obok tego były wynaczynienia w otoczeniu *Aqaeductus Sylvii* począwszy od jądra n. bloczkowego, aż do wysokości jąder nerwu okoruchowego. Jądra same i nerwy z nich wychodzące nie były schorzałe. Duszność zatem i przyspieszenie tętna odnieść można do zapalenia jądra nerwu błędnego, a zaburzenia w zakresie n. okoruchowego tłomaczą się krwotokami w rdzeniu przedłużonym. (*Arch. f. Psych.* XXI, 3, 1890). *Dr. Süsskind.*

Choroby skórne i weneryczne.

O. Petersen (Petersburg): **Wyskrobanie wrzodu miękkiego.**

Na wstępie swego wykładu o leczeniu wrzodu miękkiego zwraca P. uwagę, że jest on cierpieniem czysto miejscowem, ale zaraźliwem w wysokim stopniu. Zbija twierdzenie Fingera, jakoby wrzód miękki był wynikiem przeniesienia się ropy zwykłéj na grunt przyjazny, a przychyla się do twierdzenia Ferrariego, który w r. 1885 odkrył w komórkach przyskórkowych i ciałkach ropy prątki szankra miękkiego (cieńsze i mniejsze od prątków gruźliczych i *bacillus leprae*), gdyż kontrolując prace tego badacza znalazł w wydzielinie wrzodu miękkiego wprawdzie 3 rodzaje prątków, a 2 ko kow, ale między niemi były zawsze prątki Ferrariego, a przy szczepieniu w przejrzystéj cieczy pęcherzyków początkowych zawsze ich przybywało co do ilości, podczas gdy inne mikroorganizmy ginęły. Autor wylicza różne środki zalecane przez różnych autorów do leczenia wrzodu miękkiego. I tak: Mansurow poleca do leczenia poronnego silne środki żrące,

jak pastę wiedeńską, *lapis in substantia*, *kali causticum*, *ferrum candens*, żegadło Pacquelina, a z lżejszych *aqua phagedaenica nigra; Acid. carbol. 0·05, olei oliv. 30·0*; okłady z *Zincum chloratum 0·05:30·0*, *unguentum basilicum nigr.*, maść salicylową 10% itd. Gay poleca okłady z *Argt. nitr. 0·3—1%*, *Cuprum sulfur. 0·15—0·30:100*, *Zincum chloratum 0·50%*, *Acidum carbol. 3—6%* itd., a wreszcie Finger okłady z 1% *Cuprum sulf.*, 1% *kali causticum*, 1% maść z *hydrarg. praec. rubr.* itd.

Większéj części wymienionych leków używał G. w swym oddziale w szpitalu Aleksandra w ostatnich 10 latach, a oprócz tego naftolu, *bismuthum subnitricum* i jodoformu w proszku, lub w rozczynie z eterem, (z którego jeszcze najbardziéj był zadowolony) i nabrał przekonania, że najszybciéj można wyleczyć wrzód miękki przez:

1. Wycięcie wrzodu w granicach zdrowych i zeszycie rany, zachowując ściśle przepisy antyseptyczne. Zabieg jest bolesny, często trudno wykonalny (przy wrzodach licznych), lub nawet całkiem niemożebny (na żołędzi).

2. Pędzlowanie nalewką jodową, nadające się przy świeżych i mniejszych wrzodach; czasem wywołuje silne zadrażnienie.

3. Wyskrobanie wrzodu ostrą łyżeczką po poprzedniem wstrzyknięciu *cocainum muriat.* dla znieczulenia. Sposób ten gorąco P. zaleca, bo zamienia wrzód miękki w zwykłą ranę, która przy postępowaniu antyseptycznem szybko się zabliźnia, usuwa zarazek, przez co chroni od powikłań (zropienie gruczołów limfatyczn.) i skraca czas leczenia. W 300 przypadkach wyleczenie po wyskrobaniu nastąpiło średnio w 9·9 dni, podczas gdy przy stosowaniu poprzednio wymienionych leków wrzód miękki bez powikłań leczono średnio 19·9 dni. Wreszcie zestawia P. wszystkie przypadki wrzodu miękkiego, leczone przez siebie w ostatnich 8-iu latach w szpitalu Aleksandra w liczbie 3055 i podaje, że w pierwszych 7 latach średni czas leczenia wynosił 27·5 dni, zaś po zastosowaniu leczenia za pomocą skrobania w ostatnim roku zmniejszył się na 20·7 dni. (*Monatsh. f. prakt. Dermat.* X, Nr. 9).

Dr Kurasiewicz.

Sturgis (New York). **Kilka uwag o kile dziedzicznéj późnéj.**

Str. omawia pytanie, czy kiła dziedziczna może być przez długie lata utajoną i sprowadzać objawy późne i oświadcza, że prawie nigdy nie można dostarczyć dowodu, że nie istniały nigdy objawy wczesne, czyli że *Syphilis haereditaria tarda* w ściślejszem tego słowa znaczeniu wcale nie istnieje, chociaż objawy późne w kile odziedziczonéj po przeoczeniu zmian wtórorzędnych tak samo występować mogą jak w kile nabytéj. W rozprawie nad tym przedmiotem o leczeniu kiły dziedzicznej u dzieci poleca Keyes podawawanie $^{1}/_{100}$ grana sublimatu co godzina i to przez miesiące, po nich nigdy nie spostrzegał objawów rtęcicy a natomiast prędko ustępowały zmiany kiłowe. (*Viertelj. f. Derm. und Syph.* Rocznik XX.)

L. Turnbull. **O powstawaniu głuchoty w następstwie kiły.**

Głuchota występuje zwykle razem ze zmianami kiłowemi oka, gardła lub nosa. Przewodnictwo kostne jest u chorych z kiłą konstytucyjnalną, a zwłaszcza u młodych, uderzająco upośledzone. Wrzód pierwotny przełyku, jamy noso-połykowéj, przewodu słuchowego jest w rzadkich przypadkach pierwszą wskazówką istnienia kiłowego schorzenia uszu. Już u płodu może rozwijać się ropne zapalenie ucha środkowego lub *Otitis media serosa syphilitica*. Napotykamy przekrwienie błony śluzowéj z następowem zrośnięciem kosteczek słuchowych i zrostami ścięgnistemi z uchem środkowem. Choroba dotyczyć może zarówno najdelikatniejszych części ucha wewnętrznego, jak i nerwu słuchowego, a nawet samego mózgu. W téj postaci osięga się najlepsze wyniki przez zastosowanie rtęci i pilokarpiny. Jako odpowiedni poleca także T. następujący przepis: *Rp. Hydrarg. bichlor. 0,020, Acid. arsen. 0,015, Ferri pyrophosphat. 0,360. M. div. in pill. No. XXIV.* S. 3 razy dziennie pigułkę. (*Monatsh. f. prakt. Dermat.* Rocznik XX).

M. Sänger (Lipsk) **O leczeniu rzeżączkowego zakażenia u kobiety.**

Ostre zapalenie cewki moczowéj należy leczyć wyczekująco, przy pomocy wód mineralnych i środków balsamicznych; w rzeżączce przyostréj i przewlekłéj wskazane są pręciki jodoformowe (z masłem kakaowem); azotan srebra może łatwo sprowadzić zwężenia. Nieżyty pęcherza moczowego należy leczyć wyczekująco i środkami wewnętrznemi; gdy te nie skutkują, przepłukiwaniami pęcherza za pomocą rozczynów przeciwgnilnych. W chorobach moczowodów i miedniczek nerkowych należy myśleć o kolpocystotomii. Nieżytowe zapalenie gruczołów Bartholiniego ustępuje często samo przy odpowiedniéj czystości; w razie tworzenia się ropni wskazane jest przecięcie i jeżeli możebne, wyłuszczenie chorego gruczołu. Kłykciny kończyste należy odciąć, wyprzanie i erozyje należy leczyć tylko czystością. Przeciw nieznośnemu i często uporczywemu swędzeniu działają najskuteczniéj wypłukiwania, obmywania za pomocą odwaru kory chinowéj, pędzlowanie taniną z gliceryną (3:10), jakoteż słabe maści zawierające bor lub karbol z waseliną (około 3%). W rzeżączce pochwy przewyższa sublimat (1:2000 w ostrych, 1:500 w przewlekłych przypadkach) wszystkie inne środki. Aby sublimat mógł wtargnąć do głębszych warstw przybłonka, należy dzień przedtem wprowadzić tampon z taniny w glicerynie, a po przepłukaniu sublimatem należy wprowadzić tampon z jodoformu w glicerynie lub wytamponować pochwę gazą jodoformową. W bardzo uporczywych przypadkach należy obok téj tamponady stosować pędzlowania nastojem jodowym. U ciężarnych może sublimat wywołać objawy zatrucia, dlatego nie należy im tego środka dać do ręki. W *Endometritis*, zwłaszcza u pierwiastek, należy rozszerzyć szyjkę blaszkownicą i starać się o utrzymanie rozszerzenia przez wprowadzenie rurek szklanych, potem wskazane są przepłukiwania sublimatem, które S. chętnie łączy z chlorkiem cynku (2%), wodą kreozotową, karbolem lub kreoliną. Wyskrobanie błony śluzowéj jest niebezpieczne, gdyż może wywołać ostrą *Endometritis*, *Metritis*, *Salpingitis* i *Pelviperitonitis*. Choroby jajowodów i części dodatkowych można leczyć tylko na drodze pośredniéj; w przypadkach ostrych najważniejszą rzeczą jest bezwzględny spokój w łóżku, pęcherz lodowy na brzuch, makowiec i ścisła płynna dyjeta; w drugim okresie zapalenia kąpiele nasiadowe lub pełne, okłady Priessnitza, a przedewszystkiem gorące przepłukiwania pochwy (37° aż do 40° postępując). (*Münch. med. Woch.*, 1889, Nr. 40).

Dr. Baschkopf.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lwowska Tow. lekarzy galicyjskich

Posiedzenie naukowe z dnia 14 czerwca 1899.

Przewodniczący kol. Bylicki, członków obecnych 20.

1) Kol. Krzyżanowski przedstawia chorego z *paralysis bulbaris*, skombinowaną z postępowym zanikiem mięśniowym.

2) Kol. Sobolewski przedstawia 3-ech chorych z oddziału chirurgicznego Dra Ziembickiego w szpitalu powsz. lwowskim: chorego z torbielem podszczękowym, chorego z tętniakiem podkolanowym, oraz chorego po enterostomii wykonanéj z powodu koprostazy.

3) Kol. Wehr: przypadek promienicy twarzy (okolicy szczękowéj i skroniowéj) z demonstracyją preparatów promienicy przeszczepionéj na oko i jamę brzuszną królika.

4) Kol. Barącz okazuje przyrząd własnego pomysłu służący do ekstenzyi nogi w postawie stojącéj u chorego z zapaleniem stawu krzyżowo-biodrowego.

5) Kol. Pisek mówi: „o działaniu *Orexinum muriaticum*“.

6) Kol. Piotrowski czyta dłuższą pracę swą o nerwicach urazowych, w któréj szczególną uwagę kolegów obudziły podane przez prelegenta sposoby przedmiotowego wykazywania symulacyi. Koledzy żywemi oklaskami dziękowali prelegentowi za nader zajmujący i pouczający wykład. (Będzie on ogłoszony w „Przeglądzie Lek.“). Sekretarz: *Dr. Teodor Jendl.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 7/5 1890.

Przewodniczący kol. Mars. Obecnych członków 28.

1) Kol. Browicz przemawia w sprawie ruchów ciałek krwi w przebiegu złośliwéj niedokrewności; dotychczas badał 6 przypadków: w 1-ym był rak wątroby, w 2-gim żołądka, w innych przyczyny niedokrewności złośliwéj wykazać nie można było. Zmiany te występują u osób różnemi cierpieniami dotkniętych, etyjologia więc cierpienia różna. Różne wpływy, zewnętrzne, n. p. ogrzanie preparatu z krwi człowieka zdrowego, mogą wywołać w niéj różnokształtność ciałek i ruchy tychże. To samo spostrzegać się daje na krwi trupów. Zjawisko to utrzymuje się długo w ciepłocie pokoju, jeśli preparat nie wysycha. Nie są to więc objawy życiowe, lecz ruchy molekularne w okresie obumierania pierwoszcza.

Kol. Gross zapytuje, czy przecieplanie nie działa w ten sposób, że przy ogrzaniu powstaje silny ruch cieczy, ciałka się ocierają i odrywają od siebie kawałki. — Kol. Krokiewicz podaje doświadczenia Schulzego, przemawiające za zapatrywaniem kol. Browicza. — Kol. Browicz twierdzi, że ciepło zmienia własności chemiczne krwi, ciałko kurczy się i wylatuje z niego kuleczka ruszająca się. Daléj stwierdza, że zjawisko to utrzymuje się 3 do 4 dni po oziębieniu preparatu, jeśli tenże nie wysycha. Kol. Gross zadowala się obserwacyją stwierdzoną pod mikroskopem..

2) Kol. Surzycki przedstawia chorą po gastro-enterostomii z powodu *carcinoma pylori*, operowaną przez kol. Obalińskiego i podaje obserwacyje kliniczne po operacyi. Choréj przybyło na wadze 10 fun. przez czas 6 tygodni. Dyjetę podawano posilną, o ile ją chora spożywać mogła; stolec codzienny: brak w nim żółci, sporo tłuszczu i igiełek kw. tłuszczowych. Skrobi niema, dużo włókien mięsnych licho przetrawionych. Guz daje się stale wybadać. Treść w żołądku na czczo znajduje się zawsze w ilości 80 cm.^{3} alkaliczna, białka w niéj brak, śluzu w niéj sporo, nie trawi po zakwaszeniu kw. solnym. Pod drobnowidem w osadzie części pokarmowe, śluz i ciałka wypocinowe.

Kol. Obaliński stwierdza, że chora lepiéj wygląda, że jéj sił przybyło, bo gdy była na jego oddziale, sama chodzić nie mogła. Skłania się do twierdzenia kol. Rydygiera i Jaworskiego, że gastro-enterostomia z powodu raka odźwiernika lepsze daje wyniki, niż resekcyja odźwiernika; zaznacza, że rak tu działa jako przeszkoda mechaniczna i tylko w późnym okresie sprawia sam przez się przypady. Porównywa *carcinoma pylori* do *carcin. mammae*, które obserwował u jednéj choréj jako guzek, który dopiero po 10-ciu latach zajął gruczoły pod pachą i sprawiał znaczniejsze dolegliwości. — Kol. Rydygier twierdzi, że ważne są wyniki badania kol. Hempla, który znalazł przerzuty pod błoną śluzową żołądka w miejscu odległem od ogniska pierwotnego. Jeśli tak jest w każdym przypadku, wyniki resekcyi byłyby zawsze niekorzystne; jeśliby tak nie było w każdym przypadku, skłania się do pojęć tych chirurgów, którzy radzą resekcyję. Angielscy operatorowie nie wycinają raka odbytnicy, gdyż twierdzą, że recydywa zawsze grozi; robią tylko kolostomiję. Zapytuje kol. Hempla, co dalsze badanie wykazuje. — Kol. Krokiewicz twierdzi, że rak żołądka rzadko stanowi przeszkodę mechaniczną, gdyż łatwo się rozpada: że gastro-enterostomija o tyle jest wskazaną, że treść żołądka omijając nowotwór nie przyspiesza jego rozpadu. — Kolega Hempel podaje, że na 16 przypadków *carcinoma pylori* w 15-tu były przerzuty w najbliższem otoczeniu w błonie podśluzowéj; w dalszych zaś częściach żołądka niespełna w połowie przypadków. — Kol. Obaliński nie miał na myśli zamknięcia zupełnego światła odźwiernika, zawsze jeszcze palec się zmieści, ale organ naciekły ulega zesztywnieniu i stanowi przeszkodę w wydalaniu treści żołądka. Za słuszną uważa uwagę kolegi Krokiewicza co do drażnienia nowotworu przez treść pokarmową. — Kol. Rydygier uważa za pocieszającą wiadomość, że na 16 przypadków w 15-tu przerzuty znajdują się w najbliższém otoczeniu raka i przypuszcza że mogą być we wczesnym okresie warunki dane do resekcyi. — Kol. Obaliński szuka analogii w sutku. Pokazało się, że było błędem operować guz sam, badanie bliższe bowiem wykazało, że cały organ jest zajęty, a nawet fascyja i mięsień. Przypuszcza, że cały żołądek jest również zajęty. Badanie kol. Hempla są pierwszym krokiem do udowodnienia tego twierdzenia. — Kol. Gross podaje przypadki, że po resekcyi odźwiernika z powodu raka nie było recydywy lat kilka. Z drugiéj strony twierdzi, że świeża bliżna jest wybornym gruntem do rozwoju żywotnych komórek rakowych, które dają się doskonale przeszczepiać. Twierdzi, że należy uważać przy okrawaniu dalszych części, aby nożem nie przenieść komórek rakowych w ranę. Prócz tego sądzi, że przy operacyjach należało było wykrawać kawałki błony śluzowéj żołądka z części odległych celem przekonania się, czy w nich niema przerzutów. — Kol. Rydygier skłania się do resekcyi odźwiernika z powodu raka: przyznaje wprawdzie co do sutka, że przy małym guzie trzeba cały sutek amputować. Zwraca jednak uwagę na resekcyję rzyci, gdzie długie lata po operacyi recydywy może nie być. Nie radzi więc tak czarno zapatrywać się na resekcyję odźwiernika z powodu raka. Uważa za słuszne zapatrywania kol. Grossa co do oczyszczania narzędzi. — Kol. Krokiewicz nie zgadza się z kol. Rydygierem co do analogii raka odbytnicy i odźwiernika, bo jeśli tenże rozwija się w *pars analis*, to ma utkanie raka skórnego, wyżéj tworzy się *adeno-carcinoma*, które kilka lat może trwać nim wytworzy przerzuty. — Kolega Przewodniczący reasumując twierdzi, że czasem po resekcyi można wykonać gastro-enterostomije, jeśli wystąpi recydywa.

3) Kol. Rydygier przedstawia wycięty guz aktinomykozy sutka. W dyskusyi nad przypadkiem zabierali głos koll. Krokiewicz, Gross i Rydygier.

4) Kol. Buzdygan przedstawia preparat z *graviditas extrauterina tubaria sinistra* choréj, zmarłéj w klinice chorób wewnętrznych skutkiem pęknięcia trąbki z następowym krwotokiem i zapaleniem otrzewny i podaje wyniki obserwacyi klinicznéj. Dyskusyję odłożono do następnego posiedzenia.

Zastępca sekretarza: *Dr. Józef Rosenzweig.*

VII. Z międzynarodowego lekarskiego zjazdu w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35).

Za szerokie rozmiary przybrałoby niniejsze sprawozdanie, które ma na celu, rzucenie tylko ogólnego poglądu na świetny kongres lekarski w Berlinie i na ważne zagadnienia naukowe na nim poruszone, — gdybym chciał szczegółowo rozbierać wszelkie tematy naukowe już to wyczerpująco omówione, już tylko z lekka jakby potrącone, które zajmowały uwagę uczestników zjazdu w 18 sekcyjach kongresowych. Dla tego ograniczę się obecnie tylko do wymienienia tychże sekcyj w porządku ustanowionym przez program międzynarodowego zjazdu, a następnie podam również pokrótce treść dzieł ofiarowanych uczestnikom kongresu przez urząd zdrowotny Państwa niemieckiego, przez Magistrat miasta Berlina i związek towarzystw lekarskich w Niemczech, a sprawozdanie całe zakończę rzutem oka na świetną wystawę lekarską, na którą bez zachęty nawet za pomocą medali złotych i dyplomów uznania złożyły się firmy najznakomitsze Niemiec i zagranicy, oraz urząd zdrowotny państwa, kliniki i szpitale, tudzież imiona znane w świecie naukowym lekarskim.

Sekcyje kongresowe obradowały w pięknym pałacu wystawowym wśród ponętnych rzeźb i pięknych malowideł, wśród wzgórków ułożonych z kamieni i kwiatów, z szemrzącemi wodotryskami, naokoło których wygodne kanapki zapraszały do spoczynku. Dlatego potrzeba było niemałej dozy wytrwałości, aby całą uwagę skupić podczas nudnych nieraz rozpraw nad suchym tematem i nie pozwolić oczom błądzić po czarującem otoczeniu pełnem iskrzących się barw lub łagodnych a pełnych wdzięku liniach rzeźbionego alabastru, i właśnie takie odbywanie wykładów i dyskusyj w nienależycie odosobnionych oddziałach obszernego gmachu, który wczesnym już rankiem napełniał się gwarem i stukiem wydawanym przez tłum kilkutysięczny spacerujących uczestników kongresu, — pod tym względem przedstawiał wiele niedogodności. O wiele lepiej kwestyja ta była załatwioną podczas ostatniego kongresu hygijenicznego w Wiedniu, gdzie cały wspaniały gmach nowego uniwersytetu z pięknemi salami był oddany na cele pamiętnego zjazdu, — a wyjątek

i w Berlinie stanowiła sekcyja chirurgiczna, która posiedzenia swe odbywała w klinice prof. Bergmanna z należytem skupieniem ducha i zużytkowaniem doborowego klinicznego materyjału.

Pierwsza sekcyja obejmowała anatomiję, a zapowiedziano w jéj zakresie 50 wykładów i demonstracyj.

Druga sekcyja zajmowała się fizyologiją i chemiją fizyjologiczną pod przewodnictwem prof. du Bois-Reymonda, a zgłoszono w tym dziale 36 odczytów i demonstracyj.

Trzecia sekcyja obejmowała ogólną patologiję i anatomiję patologiczną i pod przewodnictwem prof. Virchowa; przedyskutowano trzy tematy [o udziale białych ciałek krwi (leukocytów) w wytwarzaniu nowych tkanek, o zboczeniach chorobowych w mięśniu sercowym i o gruźlicy], oraz odbyto 31 wykładów.

Czwarta sekcyja zajmowała się farmakologiją. Zapowiedziano 11 wykładów oraz przeprowadzono dyskusyję nad farmakopejami obowiązującemi w różnych krajach.

Piąta sekcyja pod przewodnictwem prof. Leydena traktowała o chorobach z zakresu medycyny wewnętrznéj, a poruszono wiele ważnych kwestyj pod względem przeważnie terapeutycznym; a mianowicie zajmowano się leczeniem chorób zapalnych nerek, leczeniem suchot płucnych, cukrówki, chorób serca, niedokrewności, oraz kamieni żółciowych, mocznicy, wiądu rdzeniowego i błonicy (dyfteryi). Nadto zapowiedziano ogromną liczbę, bo aż 95 wykładów poruszających różne sprawy z zakresu téjże medycyny, pod względem patologicznym, symptomatycznym, diagnostycznym i terapeutycznym.

Szósta sekcyja zajmowała się chorobami dziecięcemi.

Referaty tutaj były trzy (o antypyrezie w wieku dziecięcym, o domach podrzutków, a wspólnie z sekcyją laryngologiczną roztrząsano sprawę intubacyi krtani (Referenci: O' Dwyer z New-Yorku i Ranke z Monachium); wykładów zgłoszono 20.

Siódma sekcyja obejmowała chirurgiję. Prof. Bergmann demonstrował członkom tejże sekcyi sposoby operowania i zakładania opatrunków aseptycznych, używane w jego klinice; Küster oprowadzał uczestników po szpitalu Augusty, a prof. Sonnenburg po miejskim szpitalu Moabit. W sekcyi téj zgłoszono odczytów 30, a między innymi wykładał Jonatan Hutchinson z Londynu o traktowaniu chirurgicznem wgłobienia jelit; prof. Billroth o wykonanych przez siebie resekcyjach żołądka i jelit; Senn z Milwaukee w północnéj Ameryce: o rozpoznawaniu i leczeniu operacyjnem ran postrzałowych żołądka i jelit; Paolo Postempski z Rzymu: o chirurgii żołądka, o ranach wątroby i jéj zeszywaniu itd.; Gritti z Medyjolanu: o nowym a nader łatwym sposobie dokonywania cięć bocznych i środkowych celem wydobycia kamieni pęcherzowych przez międzykrocze, z demonstracyją rowkowanych kateterów itd. itd.

W sekcyi chirurgicznéj utworzył się jeszcze oddział obejmujący chirurgję ortopedyczną, a w sekcyi téj (VII, a) zgłoszono 16 odczytów.

Sekcyja ósma zajmowała się położnictwem i ginekologiją. W sekcyi téj przedyskutowano 4 tematy: 1) o antyseptyce w położnictwie, 2) o ekstyrpacyi części pochwowéj macicy, 3) o wskazaniach i metodzie wywolania porodu przedwczesnego, i 4) o usuwaniu mięsaków macicy na drodze elektrolitycznéj. Nadto zgłoszono nader pokaźną liczbę odczytów (73) i demonstracyj preparatów i narzędzi.

Sekcyja dziewiąta obrała sobie za przedmiot rozpraw naukowych neurologiję i psychiatryję.

Odczytów zapowiedziano 44; między temi kilka było połączonych z zajmującemi demonstracyjami doświadczalnemi i przedstawieniem preparatów mikroskopijnych.

Okulistyka była przedmiotem obrad sekcyi dziewiątéj. Przedyskutowano trzy tematy: 1) o jaglicy, 2) o zapaleniu współczulnem oka i 3) o działaniu promieni ultrafioletowych; nadto zgłoszono 55 odczytów.

Sekcyja jedenasta zajmowała się chorobami usznemi. Prócz 27 odczytów omawiano 9 referatów: 1) o stosunku mikroorganizmów do zapaleń ucha środkowego i powikłań tegoż; 2) o żółciołojaku (*Cholesteatoma*) ucha; 3) czy otwarcie wyrostka sutkowego od strony przewodu zewnętrznego ucha stoi na równi z metodą operacyjną zwykle dotąd używaną; 4) o leczeniu następowem po wydłutowaniu wyrostka sutkowego; 5) o wskazaniach do wycięcia młotka i kowadełka, 6) o anatomii patologicznéj błędnika; 7) przyczynek do statystyki chorób usznych; 8) o badaniu słuchu i o znaczeniu jednostkowem bystrości słuchu (dobroci), 9) o rozpoznawaniu, rokowaniu i leczeniu w postępującem przytępieniu słuchu, towarzyszącem zapaleniu przewlocznemu ucha środkowego bez ropienia.

Laryngologija i Rhinologija stanowiła przedmiot do rozpraw naukowych w sekcyi dwunastej. Wykładów zgłoszono 51, a referatów do dyskusyi ustanowiono sześć, t. j. 1) o rozpoznawaniu i leczeniu raka krtani; 2) o zboczeniach w położeniu i grzebieniach (*cristae*) na przegrodzie nosowéj, 3) o rozpoznawaniu i leczeniu chorób zajmujących boczne jamy nosa; 4) o kile górnych dróg oddechowych; 5) o zakaźnem zapaleniu połyku i krtani z przebiegiem ostrym; 6) wspólnie z sekcyją pedyjatryczną: o intubacyi krtani.

Sekcyja trzynasta zajmowała się dermatologią i syfiligrafią. Zgłoszono wykładów 30, a tematów do przedyskutowania ustanowiono 9: 1) o terapii zapalnych chorób skórnych; 2) o rozpoznawaniu, rokowaniu i leczeniu przewlocznéj rzeżączki u mężczyzn i kobiet; 3) o istocie wysypek pojawiających się po zażyciu leków; 4) jaka być może przyczyna wybuchu form trzeciorzędnych kiły; 5) o patogenezie zabarwienia i odbarwienia skóry; 6) o terapii kiły (wyniki wycinania wrzodu twardego i ogólnego leczenia zapobiegawczego w chwili pojawiania się tegoż wrzodu, tudzież o początku, trwaniu i metodach leczenia kiły ogólnej), 7) o przyrodzie i leczeniu wilka różycowatego; 8) o szczegółowych wskazaniach do wprowadzania rtęci do ustroju różnemi sposobami przy leczeniu kiły: 9) o roli, jaką odgrywają różne skazy (dyjatezy), choroby nerwowe i pasorzyty w grupie chorób skórnych, objętych wspólną nazwą wyprysku (Eczema).

Dentystyka zajmowała uczestników sekcyi czternastéj. Referatów było 5, a wykładów 38 do szczegółowego omawiania.

Sekcyja piętnasta zajmowała się hygijeną pod przewodnictwem prof. Pistora. Referatów ustanowiono 8, a wykładów zgłoszono 21. Nadto w téjże sekcyi ustanowiono podkomitet zajmujący się hygijeną odnośnie do kolei żelaznych (*Eisenbahnhygiene*).

Referaty były następujące: 1) Jakie środki zaradcze okazują się odpowiedniemi przy stłumianiu dyfteryi; 2) o niebezpieczeństwach pod względem zdrowotnym i moralnym, jakie wywołuje prostytucyja i zagraża niemi ludności. Środki ostrożności, mające na celu zwalczanie prostytucyi pod każdym względem i w drodze uchwał międzynarodowych; 3) o hygijenie w zakładach, mieszczących w sobie znaczniejszą liczbę ludzi; 4) o obecnem stanowisku kwestyi gruźlicy, tudzież o środkach ostrożności międzynarodowych, mających na celu zapobieganie rozszerzaniu się téj choroby; 5) o występowaniu znaczniejszéj liczby przypadków duru brzusznego w miejscowościach mniéj lub więcéj wolnych od téj choroby po upływie lat całych; 6) o wyżywieniu znacznéj liczby osób w czasie wojen i grasowania epidemij; 7) czy poglądy dotąd istniejące o szkodliwym wpływie cmentarzy mają uzasadnioną racyjonalną podstawę i o ile należy im przyznać racyję; 8) o śmiertelności wśród dzieci i o odżywianiu w wieku dziecięcym. (C. d. n.)

VIII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Sprawozdanie c. i k. krajowéj Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1888. Lwów 1890, in 4-to, str. 42 i LVI.

Sprawozdanie tegoroczne składa się z 2 części, z których pierwsza ułożoną została przez radzcę zdrowia i lekarza powiatowego Dra F. Cassinę w Przemyślu, drugą zaś, mieszczącą w sobie tablice statystyczne, zestawił Dr. L. Rosenbusch we Lwowie. Z pracy téj, opierającéj się na datach

urzędowych, bardzo starannéj i w szczegóły obfitującéj, niepodobna zdać sprawy szczegółowéj; poprzestaniemy więc na podaniu niektórych tylko dat ważniejszych, ciekawego odsyłając do oryginału, oraz do powtórzenia wniosków końcowych, które są bardzo ważne, a nad niektóremi z nich pozwolimy sobie uczynić kilka uwag.

W r. 1888 umarło w Galicyi na 6 milijonów ludności osób 203.789, a więc 3·39%, nie licząc w to 7532 dzieci nieżywo urodzonych. Odsetek ten w r. 1887 był o 0·10%, a w r. 1886 o 0·03% większym. Liczba dzieci nieżywo urodzonych w przeciągu ostatniego dziesięciolecia zwiększyła się o cały 1000, co jak sprawozdawca słusznie zauważa, „maluje dosadnie jakość pieczy nad brzemiennemi, oraz i jakość obsługi porodów.“ Przypadków samobójstwa było 567 (417 m., 150 k.), najwięcéj we Lwowie (36), po nim następuje pow. tarnopolski (31), podczas gdy w Krakowie było tylko 7 przyp. Przypadków śmierci gwałtownéj wskutek morderstwa i samobójstwa było 156. Z ospy umarło osób 5001, z odry 5322, z płonicy 6942, z błonicy 14.456, z krztuśca 11.811, z tyfusu brzusznego 817, z plamistego 1066, z czerwonki 7853. Lekarzy wykazano ogółem 844 (o 24 więcéj niż w r. 1887), z tych Drów med. 626 (o 38 więcéj), magistrów chirurgii 11 (o 1 mniéj), patronów chirurgii 207 (o 10 mniéj), niż w r. 1887. Tylko w 27 powiatach przypada 1 lekarz na mniéj niż 10.000 mieszkańców, w 14 na mniéj niż 8000. Weterynarzy było 87, akuszerek 1175, aptek 243, szpitali 69, zakładów dla obłąkanych 2: kulparkowski (512 łóżek), krakowski (70 ł.).

Słusznie zauważa sprawozdawca, że odsetek wyleczenia z chorób umysłowych, a zwłaszcza z pomięszania i niedołęztwa był za wysokim w sprawozdaniu za r. 1886 i dlatego nieprawdopodobnym; spuszcza tylko z uwagi, że w Krakowie odsetek wyleczenia może być rzeczywiście wyższy aniżeli w Kulparkowie, ponieważ do zakładu krakowskiego przychodzą przypadki świeższe; ale mimo to odsetek ten i tak jest zanadto wysokim, a tłomaczy się to w ten sposób, że nomenklatura nie jest jednostajną, że pojęcie „pomięszania i niedołęztwa“ jako czysto psychologiczne są bardzo luźne, a nadto często bierze się polepszenie za wyleczenie, jak tego dowodzą najjaskrawiéj owe przypadki, które do wiadomości zwłaszcza sądowéj dochodzą, a w których człowiek wypuszczony z jednego z naszych zakładów, w krótkim czasie po uznaniu go za zdrowego popełnia czyn zbrodniczy, a uwięziony i poddany pod obserwacyję lekarską uznany zostaje ponownie za obłąkanego. W ciągu roku pielęgnowano w Kulparkowie chorych 1045, w Krakowie 258; nadto nieumieszczonych w zakładach było obłąkanych 2795, a matołków 3249. Zakładów dla położnic było 2; we Lwowie (61 łóżek) i w Krakowie (15); w obu umieszczono 1177 matek (822 i 355), odsetek śmiertelkości 1·8%, dzieci 995 (693 i 302). Przytulisk było 46, a w nich umieszczono 3159 osób, domów dla sierót 25 z 1481 dziećmi. Głuchoniemych wykazano 9311, niewidomych 2545. Zakładów dla produkcyi krowianki 2 (we Lwowie i w Lisku).

Na podstawie dat szczegółowych imieniem Rady zdrowia p. sprawozdawca podaje następujące wnioski:

1. Dla umożliwienia odpowiedniego wykonania czynności przekazanych zwierzchnościom gminnym przez ustawę z 30 kwietnia 1870 należy przeprowadzić połączenie obszaru dworskiego z obszarem gminnym i utworzenie jednolitych gmin, o ile okaże potrzeba, zbiorowych.

2. Należy przeprowadzić organizacyję lekarzy gminnych i akuszerek gminnych.

3. Celem skutecznego powstrzymania szerzenia się chorób nagminnych należy wydać ustawę o zapobieganiu szerzeniu się chorób zakaźnych, na wzór ustawy wydanéj pod tym względem co do chorób stadnych.

4. Dla umożliwienia należytego nadzorowania chorób nagminnych należy postarać się o podwyższenie kwoty wstawianéj do budżetu na cele sanitarne dla Galicyi.

5. Dla powstrzymania szerzenia się ospy należy zaprowadzić przymus szczepienia ochronnego i rewakcynacyi.

6. Dla poprawienia stosunków higijenicznych w kraju, należy postarać się o przyspieszenie ustawy budowlanéj dla miasteczek i wsi.

7. Rzeczą niezbędną jest ustanowienie stałego nadzoru lekarskiego w szkołach.

8. Należy postarać się o zapewnienie przyrostu potrzebnéj liczby lekarzy uzdolnionych przez wskrzeszenie wydziału lekarskiego w miejsce zwiniętéj szkoły chirurgicznéj.

9. Pożądanem jest podwyższenie c. k. lekarzom powiatowym rangi i płacy.

10. Ponieważ istniejące szpitale nie wystarczają dla pomieszczenia zgłaszających się chorych, przeto koniecznem jest rozszerzenie istniejących, lub zakładanie nowych szpitali publicznych obok zakładania przytulisk dla chorych.

11. Wobec dzisiejszego stanu nauki należy postarać się, aby każdy szpital powszechny posiadał odpowiedni przyrząd do desinfekcyi.

12. Dążyć należy, aby w każdym szpitalu powszechnym mieszkał sekundaryjusz.

13. Pożądanem byłoby przeprowadzenie organizacyi lekarzy szpitalnych na prowincyi, mające na celu stabilizowanie posad, oraz podwyższenie płac lekarzy.

14. Wobec wielkiéj ilości obłąkanych, błąkających się po kraju, należy postarać się o umieszczenie tychże w zakładach dla umysłowo chorych przez rozszerzenie istniejących, lub założenie nowych zakładów.

15. Należy postarać się o wybudowanie zakładów dla położnic i urządzenie ich odpowiednio do wymogów higijeny.

16. Byłoby rzeczą pożądaną wprowadzić dla akuszerek egzamina dodatkowe w celu obeznania ich z nowszemi postępami nauki położnictwa.

17. Należy wskrzesić zniesione domy podrzutków, a względnie urządzić zakłady opieki nad niemowlętami.

18. Wobec wielkiéj ilości głuchoniemych i ciemnych, koniecznem jest urządzenie krajowych publicznych zakładów wychowawczych dla tych kalek.

Niektóre z tych wniosków powtarzają się w sprawozdaniach Rady zdrowia rok rocznie od szeregu lat, co dowodzi, że one dotąd pozostały *pia desideria*; inne są same przez się jasne, jak np. wniosek, aby w każdym szpitalu powszechnym mieszkał sekundaryjusz, a dziwić się tylko należy, że czegoś podobnego jeszcze domagać się potrzeba. Inne wreszcie są bardzo ważne, ale niestety nie tak rychło można się spodziewać ich urzeczywistnienia.

I tak już wniosek 1-szy jest naszem zdaniem rzeczywiście zasadniczym i bez gminy zbiorowéj nie ma u nas rękojmi, że jakakolwiek organizacyja gminnéj służby zdrowia się powiedzie. Jest to jednak kwestyja nader ważna, któréj załatwienie usuwa się zupełnie z pod zakresu działalności lekarskiéj. — Projekt organizacyi lekarzy gminnych już w roku przeszłym przedłożony został przez Rząd Sejmowi naszemu, jednak pomimo starań kolegów będących członkami Sejmu nie został załatwiony. Prawdopodobnie Rząd ponownie projekt przedłoży; bodajby on lepszego doznał losu. O potrzebie stałego nadzoru lekarskiego w szkołach (wniosek 7) mówiono i pisano w ostatnich czasach nie tylko za granicą, ale i u nas. Ustanowienia wydziału lekarskiego we Lwowie (wniosek 8) teraz więcéj, aniżeli dawniéj spodziewać się można w ciągu paru lat; wykazaliśmy na innem miejscu znaczenie i potrzebę drugiego w kraju wydziału lekarskiego, ale zarazem wątpimy, czy i wtedy „usiłowania kraju o pozyskanie lekarzy gminnych nie rozbiją się o brak lekarzy“, bo choć liczba ich będzie większa, to w warunkach takich, jakie w biednym naszym kraju istnieją, rzadko kiedy doktór wszech nauk lek. zdecyduje się przyjąć posadę lekarza gminnego, a jeżeli przyciśnięty potrzebą ją przyjmie, to i prędko porzuci. Bardzo słusznem jest życzenie wypowiedziane na wniosku 9-tym, aby lekarzom powiatowym podwyższono rangę i płacę. Bolesną jest rzeczą widzieć lekarza, który uzyskał wszystkie stopnie akademickie, następnie po 2-letniéj praktyce szpitalnéj poddał się z dobrym przynajmniéj rezultatem egzaminowi fizykackiemu, a częstokroć po długiem dopiero wyczekiwaniu i staraniu uzyskał posadę rządową, obdarzonego najniższą rangą, jaką otrzymuje prawnik bezpośrednio po ukończeniu

szkół, zmuszonego czasem służyć bezpłatnie aż otrzyma t. zw. adjutum w kwocie 600 złr., a czekać lat kilka, zanim postąpi o rangę wyżéj i zostanie lekarzem powiatowym 2-giéj klasy, podczas gdy lekarz wstępujący bez egzaminu fizykackiego do wojska, odrazu otrzymuje rangę 10-tą i odpowiednią téj randze płacę. Anomalija ta jest rażącą, a zmiana na lepsze konieczą, ale na to potrzeba zgodnego postępowania Rad sanitarnych we wszystkich krajach koronnych, oraz wszystkich lekarzy powiatowych. Wielkiéj doniosłości jest wniosek (14) względem pomnożenia liczby zakładów dla obłąkanych. Z wykazów wynika, że nierównie więcéj obłąkanych błąka się po kraju, aniżeli jest umieszczonych w zakładach; większa połowa więc pozostaje bez opieki, bo czem jest opieka domowa, zwłaszcza po wsiach, zbyteczna powiedzieć. Do jakich następstw prowadzi ta nieograniczona swoboda chorych na umyśle dla nich samych, a więcéj jeszcze dla społeczeństwa, nie tu miejsce rozwodzić się. Uporządkowanie sprawy obłąkanych w kraju naszym jest sprawą piekącą, — trudno przewidzieć, kiedy kraj do niéj się zabierze, kiedy się zdobędzie na fundusze na ten cel potrzebne. Bardzo odpowiednim wreszcie jest wniosek (16) względem zaprowadzenia dla akuszerek egzaminów dodatkowych w celu obeznania ich z nowszemi postępami nauki, zwłaszcza pod względem obchodzenia się z położnicami. *L. B.*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 11-go września. P. Minister Oświecenia w porozumieniu z Ministrem spraw wewnętrznych zamianował w Uniw. Jagiell. dla rygorozów lekarskich, mających się odbyć w roku szkolnym 1890/1: komisarzem rządowym prof. Browicza, a jego zastępcą docenta i koncepistę Namiestnictwa Dra Poniklę; koegzaminatorem przy drugiem rygorozum lek. prof. Domańskiego, a jego zastępcą prof. Gluzińskiego; koegzaminatorem przy trzeciem rygorozum lek. docenta Dra Zarewicza, a jego zastępcą docenta Dra Trzebicky'ego.

* Sz. kolegom współracownikom naszym przypominamy, że odkąd tygodnik nasz istnieje, przestrzega on zasady, że tylko takie prace zamieszcza w dziale rozpraw oryginalnych, które poprzednio nie były ogłoszone w żadnem czasopiśmie, w jakimkolwiek języku wychodzącem; z przykrością więc przychodzi nam od czasu do czasu artykułom, jakkolwiek cennym, a pochodzącym od autorów powszechnie poważanych, naznaczać miejsce pomiędzy sprawozdaniami, bo musimy uważać je za tłumaczenie, jakiemi są w rzeczywistości, skoro poprzednio w obcym języku już zostały ogłoszone. Dotąd szan. koledzy nadsyłając rękopisy sami zwracali nam uwagę na to, że rozprawy ich już gdzieindziéj się ukazały, jakkolwiek nie w języku polskim; ponieważ jednak zasada nasza nie wszystkim piszącym jest znaną, więc mógłby zdarzyć się przypadek, że ktoś w najlepszéj wierze prześle nam rozprawę poprzednio w innym języku ogłoszoną, nie zwracając nam na to uwagi, a my przez niewiadomość moglibyśmy popaść w kolizyję z naszem dotychczasowem postępowaniem. Z tego powodu przypominamy tę naszą zasadę od czasu do czasu.

Przy téj sposobności nie zawadzi także prosić szan. współpracowników o rękopismy czytelne. Mimo najlepszéj woli i uwagi zecera i korektora niepodobna podołać zadaniu wobec niektórych rękopismów nader nieczytelnych; ztąd zdarzają się częste błędy drukarskie, których unikać, a tem samem szan. współpracowników zadowalać żywo pragniemy.

* Wydział krajowy uchwalił przedstawić Sejmowi wniosek powiększenia etatu służby lekarskiéj przy szpitalu Ś-go Łazarza w Krakowie o jednego sekundaryjusza i wstawienia w tym celu do budżetu na r. 1891 o 600 złr. więcej. Nie ulega wątpliwości, że Sejm zgodzi się na ten wniosek, uwzględniając prawdziwą potrzebę przez komitet administracyjny wykazaną oraz sprężystość i punktualność służby lekarskiéj w przerzeczonym szpitalu.

* W Szczawnicy do dnia 31 sierpnia było gości 3377, w Krynicy do 3 września 4385, w Cieplicach czeskich do dnia 30 sierpnia 6423.

* (Dr. J. T.). **Rosyja**. Z inicyjatywy Towarzystwa zdrowia narodowego ma się odbyć w Petersburgu w r. 1893 wystawa higijeniczna z charakterem międzynarodowym. Dr. Oks uzyskał pozwolenie na wydawanie w Petersburgu czasopisma lekarskiego p. t. „Felczer". Pismo to ukazywać się będzie co 2 tygodnie. Z początkiem roku szkolnego 1890/91 wchodzi w życie nowa ustawa petersburskiéj akademii wojskowo-lekarskiéj. Dotychczasowi adjunkci zostają profesorami nadzwyczajnymi, dawni profesorowie otrzymywać będą tę samą pensyję co poprzednio aż do otrzymania emerytury, nowi zrównani będą pod tym względem z profesorami uniwersytetów. Egzamin państwowy otrzymujących dyplomy obowiązywać będzie jedynie studentów nowowstępujących do Akademii.

Wkrótce przechodzą w stan spoczynku profesorowie petersburskiéj akademii lekarskiéj: Dr. Dobrowolski wykładający choroby oczne i Dr. Zawarykin wykładający histologiję.

W Turkiestanie zmarł Dr. Bolesław Szokalski, lekarz naczelny lazaretu wojskowego w Dżuleksie.

Wystawa naukowo-przemysłowa w Kazaniu zwróciła uwagę lekarzy na medycynę tybetańską w kraju zabajkalskim. Zebrano mianowicie środki lekarskie i podręczniki lekarskie w języku tybetańskim. Zbiór ten dowodzi, że w kraju zabajkalskim duchowni budyjscy, tak zw. lamowie, mieszkający w klasztorach, trudnią się leczeniem chorych i uczą medycyny w szkole budystów w pobliżu miasta Selengińska. W tym uniwersytecie budyjskim kurs nauk lekarskich trwa 10 lat, wykładają lamowie, znani pomiędzy buryjatami ze swéj wiedzy lekarskiéj, którzy, podobnie jak my za granicę, wyjeżdżają rokrocznie lub co dwa lata do Mongolii, aby tam uzupełniać swoją wiedzę lekarską w miejscowéj szkole slawnych lekarzy tybetańskich. Lekarze tybetańscy przypuszczają istnienie tylko 101 chorób, które leczą 429 lekami głównie ze świata roślinnego, owocami, kwiatami i korzeniami

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Docent Dr. Paweł Ehrlich mianowany profesorem nadzw. — **Gryfija.** Dr. Lotar Heidenhain (syn fizyjologa wrocławskiego) mianowany profesorem nadzw. — **Paryż.** Prof. Miecznikow z Odesy przenosi się do Paryża i obejmuje pod Pasteurem kierownictwo jego zakładu.

* **Nekrologija.** W Baden-Baden zmarł znakomity ginekolog szkocki Matthews Duncan (promowany w roku 1846 w Aberdeen); w Paryżu Dr. Juliusz Gavarret, profesor fizyki lekarskiéj w Wydz. lek. paryskim (promowany tamże w r. 1843).

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 36: Szumana: Kilka słów o znieczuleniu bromkiem etylu; Bucelskiego: O zmianach w kom. nerwowych przy bezwładzie postęp. (dok.).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 20 Września 1890. Nr. 38.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.
Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.
Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.
Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam, 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.
Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.
Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

I. Nowa metoda resekcyi stępu.

Podał
Prof. Dr. A. Obaliński.

Jużto metod do resekcyi na stopie wykonać się mających wcale nam nie brak, dosyć przypomnieć, że Lauenstein, przedstawiając na ostatnim wiecu chirurgów niemieckich swój sposób cięcia, nazwał go trzydziestym siódmym. Chociaż przyznaję, że byłbym w kłopocie przy wyliczeniu owych 36 metod poprzedzających, chyba, że wliczyłbym tam i cały szereg amputacyj osteoplastycznych wcale do resekcyj zaliczać się nie mogących, to jednak i tak znalazłaby się bardzo poważna cyfra metod resekcyjnych mniéj lub więcéj używanych; dziwnym dlatego a przynajmniéj może zbytecznym wydaje się mój pomysł wystąpienia przed *forum* kolegów jeszcze z jedną metodą, co wzniecić może tylko obawę jeszcze większego zamięszania w sprawie, już i tak nie bardzo jasnéj.

Trzymając się jednak starodawnego naszego przysłowia, że „od przybytku głowa nie boli“, jakoteż będąc przekonanym, że w téj walce metod, jak w każdéj walce, uledz musi słabsza przed silniejszą, że więc z długiego szeregu tych, co stanęły w szranki, pozostanie zaledwie kilka najlepszych, śmiało staję do tego turnieju naukowego z moją metodą, a to tembardziéj, jeżeli pomnę, że dotyczy ona właśnie tylko jednéj części stopy, to jest przedniéj czyli dolnéj połowy stępu (*tarsus*), dla któréj rozporządzamy zaledwie kilkoma metodami.

Jedne bowiem ograniczają się do wyjęcia pewnych ważnych składników stawu skokowego, jak n. p. wyłuszczenie kości skokowéj podług Vogta, wydobycie kości piętowéj, kości sześćściennéj — inne usuwają kości składające się na staw skokowy górny, a więc obydwie kostki i kość skokową, jak owe typowe resekcyje Langenbecka, Königa, Hütera, Kochera, a w końcu i Lauensteina; operacyja Władimirowa-Mikulicza wydobywa zarazem i kość piętową. Wszystkie one jak widzimy zwracają się ku wielkim kościom stępu i dolnym nasadom kości podudzia, niektóre z nich tylko dozwalają pośrednio i to niedokładnie rozpatrzeć się, a zatem i usunąć drobne kości stępu, a tem mniéj ich sąsiadki, t. j. podstawy kości śródstopowych.

Do osiągnięcia tego celu służą nam dwie metody, t. j. poprzeczne przecięcie stopy podług Bardenheuera i prawie równocześnie podana i mało od poprzedniéj różniąca się metoda Linka. Obiedwie one odsłaniają nam wybornie pole operacyjne, lecz dotknięte są jedną i tą samą, a zdaje mi się nienajmniejszą wadą, którą jest konieczność przecięcia w poprzek ścięgien i nerwów, przebiegających po grzbietowéj stronie stopy. Wprawdzie pokazało się z doświadczenia, że nie koniecznie potrzebnem jest zespajanie końców rozdzielonych tych tworów, że one w wielkiéj liczbie przypadków same się zrastają, lecz nie da się zaprzeczyć, że tu i owdzie wydarza się upośledzenie ruchów i unerwienia, a w każdym razie znaczne skrócenie, a tem samem zniekształcenie stopy.

Wobec tego postanowiłem dostać się do drobnych stawów stępu za pomocą cięcia podłużnego, któreby jak najmniejszą liczbę ścięgien i nerwów przecinało, kształtowi stopy mniéj zagrażało niż cięcie poprzeczne, a mimo tego dozwalało odsłonić kości tak dobrze, jak to ostatnie.

Najbliższą była myśl dwóch cięć bocznych podłużnych, z którychby dostać się można tak od strony grzbietowéj jak i podeszwowéj między owe kości a pokrywające je części miękkie. Jednak postępowanie to nie zadowoliło mnie, gdyż, albo zdecydować się trzeba w każdym razie na wypiłowanie zupełne całego szeregu kości, chociażby i niektóre z nich były zdrowe, albo na działanie po omacku, jak to czynimy w przeważnéj liczbie przypadków, używając tak zwanego skrobania i łyżeczkowania kości. Że zaś to ostatnie w bardzo wielu przypadkach gruźliczego zajęcia kości (a o to się tu przeważnie rozchodzi) zawiodło, że z drugiéj strony ile możności staramy się, i to słusznie, unikać owych typowych resekcyj, pociągających za sobą znaczną utratę szkieletu kostnego, dowodzić chyba tego nie potrzebuję; przekonał się o tem każdy chirurg nieco więcéj, osobliwie w zakładach publicznych, zajęty a zresztą stwierdza to cały szereg ostatnich prac w tym zakresie ogłoszonych.

Rozpatrując się na fantomie stopy, pozbawionéj skóry i należycie rozczłonkowanéj, doszedłem do przekonania, że aby jak najmniéj przeciąć ścięgien i nerwów (o naczynia krwionośne nie troszczyłem się tutaj wobec licznych anastomoz) należy wkraczać cięciem na wskróś prowadzonem pomiędzy palcem trzecim a czwartym, a to z następujących powodów:

1) gdyż idąc tą drogą natrafiamy na najprostszy rozdział pomiędzy kośćmi drobnemi aż do kości skokowéj i piętowéj;

2) gdyż tnąc w ten sposób najmniéj przecinamy mięśni i ścięgien stopy w poprzek, a mianowicie padają ofiarą tylko: ścięgna wyprężacza i zginacza palców 5° i 4°, jakoteż ścięgno mięśnia strzałkowego długiego (*extensor et flexor dig. quinti et quarti, tendo peronei longi*), przyczem nadmienić wypada, że ścięgna te z łatwością po skończonéj operacyi zeszyć się dają; kilka mięśni mniejszéj wagi przecina się wzdłuż.

3) gdyż na téj drodze napotykamy bardzo mało nerwów; ofiarą pada z większych nerwów jedynie *n. plantaris externus*, którego zakres działania znacznie jest mniejszym niż towarzysza jego po stronie wewnętrznéj.

Według powyższych wskazówek anatomicznych wykonywam cięcie to w sposób następujący: stojąc twarzą zwrócony do podeszwy stopy, na któréj ma się odbyć operacyja, chwytam lewą ręką za dwa ostatnie palce jéj, jeżeli to jest prawa stopa, zaś za trzy pierwsze, jeżeli operuję po stronie lewéj, podczas gdy asystent odciąga ku sobie pozostałe trzy, względnie dwa palce, i przykładam nóż amputacyjny średnich rozmiarów ostrzem do rozciągniętéj w ten sposób płetwy międzypalcowéj. Jednem silnem pociągnięciem noża przecinam części miękkie między trzecią a czwartą kością śródstopową i dostaję się aż do stawu między kością sześćścienną a zewnętrzną klinową położonego. Aby weń dobrze trafić należy teraz silnie obiedwie połowy stopy od siebie odciągać, co gdy się stało, przedłużam cięcia w częściach miękkich tak od strony grzbietowéj jak i podeszwowéj po kilka centymetrów, przez co otrzymuję całe przedstopie, rozdzielone na dwie połowy aż do linii stawowéj zwanéj Chopartowską, a rozciągnąwszy je rękami tak silnie, żeby aż prawie prosty kąt ze sobą tworzyły, przejrzeć mogę dokładnie całe wnętrze stopy, albo wiem widzę główkę kości skokowéj obok przedniéj powierzchni kości piętowéj, daléj mam kość sześćścienną i kość czółenkową, jednę kość klinową i dwie kości śródstopia w całéj swéj długości odsłonięte.

Wiadomą jest rzeczą, że prawie wyłącznie wykonywamy resekcyje i jéj pokrewne operacyje dla sprawy gruźliczéj w kościach się rozwijającéj, inne wskazania należą tutaj do rzadkości. Ta zaś sprawa rzadko ogranicza się, przynajmniéj w stawach złożonych z wielkiéj liczby kości drobnych, do jednéj kości, najczęściéj zajmuje ich kilka na raz; jeżeli więc odsłaniamy sobie tak znaczną liczbę w skład wchodzących kości, to z pewnością w każdym przypadku podejrzanym natrafimy odrazu na kilka kości sprawą zajętych, a wyjmując je umożebniamy sobie obejrzenie i reszty kości, które cięciem nie zostały odsłonięte. W ten sposób możemy wydobyć po kolei kość sześćścienną, czółenkową i wszystkie klinowe, obejrzeć dokładnie przednie części skoku i pięty z jednéj strony, a wszystkie podstawy kości śródstopia z drugiéj.

Jeżeli proces jest już znacznie posunięty, to rozpoznanie go w kości nie ulega wielkim trudnościom, lecz ocena nie jest tak łatwą w pierwszych początkach, jak o tem przekonywamy się przy licznych artro- i artrektomijach wykonywanych w ostatnich czasach we większych stawach, n. p. kolanowym. Każda zatem metoda, która pozwala nam przy jak najmniejszem nadwyrężeniu miękkich części odsłonić kości w stawach ile możności najdokładniéj, zasługuje zdaniem mojem na uwzględnienie; to też polecam ją jak najusilniéj szanownym kolegom, a to tembardziéj, że o jéj wyniku na żywym człowieku nic jeszcze z własnego doświadczenia powiedzieć nie mogę. Wprawdzie użyłem jéj raz jeden i tak ja sam jak i moi asystenci byliśmy z niéj bardzo zadowoleni, tak co do przystępu do stawów, jak i co do kształtu stopy po operacyi. Niestety jednak był to przypadek bardzo zaniedbany, a zatem i rozległy, który wymagał wyjęcia bardzo wielu kości i odznaczał się nadto wielkiem zniszczeniem części miękkich tak, że w kilka tygodni późniéj musiałem z powodu obfitego ropienia odjąć stopę sposobem Symego. Mimo tego pouczył mnie ten przypadek, że kształt stspy, po zespojeniu części miękkich kilkoma szwami daje się utrzymać znakomicie.

II. O nerwicach urazowych.

Podał

Doc. Dr. Gustaw Piotrowski.

Zaburzenia w czynności układu nerwowego, występujące po urazach, zajmujące w ostatnich czasach nader licznych badaczów, stały się, można powiedzieć, modną kwestyją. Pisma lekarskie obfitują w artykuły i sprawozdania dotyczące tego przedmiotu, szkoła francuska wiedzie spór z niemiecką, w któréj łonie też nie ma zupełnéj zgody, wreszcie międzynarodowy kongres lekarski w Berlinie zajmował się nim nader żywo. Nie można się dziwić temu zajęciu, bo sprawa to bardzo ważna nie tylko ze stanowiska lekarskiego, lecz i sądowego, a obecnie tem donioślejsza, skoro kasy robotników pomnażają się z dniem każdym, a więc i kwestyja wyzysku przez ludzi niesumiennych coraz więcéj wagi nabiera.

Myśmy też nie pozostali w tyle w tym ogólnym ruchu. W Warszawie wygłosił Dr. T. Dunin na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego odczyt p. t. „Kilka uwag o t. zw. nerwicach traumatycznych (*Gazeta Lekarska* 1890, Nr. 16, 17 i 18). W Krakowie opracował prof. Blumenstok rzecz tę ze stanowiska sądowo lekarskiego w artykule p. t. „Przyczynek sądowo-lekarski do kwestyi nerwic urazowych“ (*Przegląd Lekarski* r. 1890, Nr. 18, 21, 23, 24, 25 i 26), ja zaś przedstawiłem we Lwowie z końcem kwietnia r. b. chorego dotyczącego w Towarzystwie lekarskiem, zaś dn. 14 czerwca 1890 miałem o tym przedmiocie odczyt, który obecnie zbogacony dalszemi spostrzeżeniami i odpowiednio do tego rozszerzony niniejszem podaję:

I. Dnia 15 kwietnia r. b. zgłosił się do mnie, jako ordynaryjusza oddziału chorób nerwowych lecznicy powszechnéj, pacyjent skarżący się na silne bóle w krzyżach, utrudnienie chodu, oraz ogólne osłabienie, niedozwalające pracy zawodowéj. Ponieważ chory kładł główny nacisk na bóle w części lędźwiowéj, oraz w okolicy stawu biodrowego i dosyć silnie kulał, nakazałem mu, aby przedewszystkiem zasięgnął porady którego z kolegów operatorów. Skoro mi jednak oświadczył, że czynił to już kilka razy, a nadto nadmienił, że choroba jego pochodzi od upadku przy robotach kolejowych, odstąpiłem na razie od tego, a przedewszystkiem zająłem się sam gruntownem zbadaniem chorego. Oto szkic jego choroby:

Mikołaj K. liczący lat 48, lakiernik, stale zatrudniony przy kolei żelaznéj Karola Ludwika. Rodzice jego byli zu-

pełnie zdrowi, on sam nie przechodził kiły, ani też nie pił. Ma ośmioro dzieci zupełnie zdrowych. Dnia 8 września 1889 r. został strącony z drabiny z wysokości około 7 metr. na tor kolejowy; padł na prawy bok, stracił odrazu przytomność na 10—15 min., skoro się go zaś docucono, odwieziono go natychmiast do szpitala. W szpitalu nie mógł się zupełnie ruszać, prawa połowa ciała była całkowicie ubezwładniona, lewa zaś znacznie osłabiona tak, że jak opowiada, towarzysze dopiero z litości pokarmy mu do ust podawali. Cierpiał silne zawroty głowy i przez dni kilkanaście prawie oka nie zmrużył. Zmuszony stosunkami domowemi opuścił szpital po 2 tygodniach. Przywieziony do domu musiał leżeć przez 3 miesiące w łóżku z powodu niemocy w nogach, przez miesiąc zaś jeszcze nie mógł zupełnie prawą ręką ruszać. Sen miał bardzo zły, niespokojny, przerywany zrywaniami się wskutek uczucia, jakby się nagle pod nim wszystko zapadało; miewał sny męczące, w których to sam wpadał w przepaść, to znów coś się na niego waliło i przygniatało swoim ciężarem. Gdy się zbudził ze snów takich, czuł ciężkość na piersiach. Apetyt miał bardzo słaby, często nudności i ustawicznie gorzki smak w ustach. Szum w uszach trwał od upadku bezustannie. Stan ten miał się zwolna poprawiać o tyle, że chory mógł chodzić, jakkolwiek o lasce i z pewną trudnością, do zajęć jednak zawodowych żadną miarą nie mógł powrócić. Obecny stan jest następujący:

Chory niskiego wzrostu, źle odżywiony, o powłokach skórnych barwy żółto-ziemistéj, nadzwyczaj przygnębiony. Jest on bardzo drażliwy, a skoro skarży się, że podejrzywają go o symulacyję, jak to miało miejsce i klopocze przyszłością swéj rodziny, oczy przybierają wyraz człowieka ciężko nieszczęśliwego. Podaje, że pamięć ma nadzwyczaj osłabioną, bezsenność oraz mary męczące trwają jeszcze ciągle, równie jak szum w uszach, mdłości i zawroty głowy. Przed oczyma latają mu czarne muchy, bądź też błyszczące iskry. Gdy się znajduje na miejscach szerokich, np. ulicach i placach, szczególnie jeśli jest dużo ludzi, doznaje uczucia leku, jak gdyby miał zemdleć, oraz ciśnienia w okolicy serca. Zrenice oddziaływają dobrze, barwy rozpoznaje dokładnie. Siła wzroku, który przedtem miał być nadzwyczaj bystry, jest na prawem oku $\sqrt{} = {}^{6}/_{24}$, na lewem $\sqrt{} = {}^{6}/_{36}$, przyczem powiada, że okiem lewem widzi jakby przez sito. Pole widzenia ścieśnione silnie, szczególnie w oku prawem, tak dla przedmiotów, jak i dla barw w porządku fizyjologicznym. Nadmienić tutaj muszę, że barwy żółtéj nie określał dokładnie, fijołkową zaś rozróżniał dopiero w środku pola widzenia. Dno oka jest zupełnie prawidłowe (Dr. Kicki). Słuch upośledzony po stronie lewéj, chodu zegarka nie słyszy wcale, szeptanie zaś dopiero z odległości pół metra. Nadto w lewem uchu szum bardzo znaczny. Przedmiotowo zmian żadnych wykazać nie można. Uczucie smaku gorzkiego trwa ciągle, rzeczy słone czuje jako gorzkie, słodkie zaś jako słabo słone. Węch jest nadzwyczaj słaby. Badanie czucia skórnego wykazało nader cechujące zmiany. Chory podawał, że strona prawa jest jakby głucha, skoro jednak dotykałem go główką lub ostrzem szpilki przy oczach zamkniętych, powtarzał za każdem dotknięciem „teraz nie czuję“. Skoro mu zwróciłem uwagę, jak może wiedzieć kiedy go dotykam, gdy nie czuje, odpowiedział, że on wie o tem, kiedy go dotknę, że jednakże jest to jakby „za ścianą“. Rzeczywiście bólu nie czuł w pewnych miejscach zupełnie, można było fałdy skórne przekłuwać igłą na wskróś bez najmniejszego oddziaływania ze strony chorego. Znieczulenie to na ból odnosi się prawie do całéj prawéj połowy ciała, z wyjątkiem pewnych ograniczonych miejsc. Druga strona ciała również nie przedstawia prawidłowych stosunków co do czucia bólu. Jest ono o wiele mniejsze, aniżeli u prawidłowych jednostek. Czucie w połyku jest również zniesione; można w nim głęboko bardzo palcem na wszystkie strony manipulować bez wywołania najmniejszego odruchu. Poczucie ciepła i zimna jest prawidłowe. Przy opukiwaniu prawéj połowy czaszki czuje chory ból w środku głowy. Kręgosłup w części lędźwiowéj bardzo bolesny przy ucisku, tak samo przestwory międzyżebrowe w dole po stronie prawéj, najwybitniéj jednak okolica kości krzyżowéj i biodrowéj wraz ze stawem biodrowym. Czucie mięśniowe prawidłowe. Niezborności ruchów nie ma. Siła mięśniowa tak w prawéj ręce, jak i w nodze w porównaniu z lewą stroną obniżona. Odruchy ścięgniste, szczególnie kolanowy, bardzo wzmożone, skórne prawidłowe z wyjątkiem jądrowego. Pobudliwość elektryczna tak mięśni jak i nerwów prawidłowa, opór zaś dla prądów galwanicznych, mierzony na rękach i nogach, jest po stronie prawéj zwiększony. Chód przypomina zupełnie chód człowieka cierpiącego na zapalenie stawu biodrowego, lub też nerwicę kulszową. Chory podnosi chodząc prawą połowę miednicy ku górze, równocześnie zaś widzieć można zgięcie kręgosłupa ku stronie lewéj. Badanie kolegi Barącza wykazało chrząszczenie, oraz naciek w okolicy spojenia krzyżowo biodrowego. Przy zbliżaniu do siebie kości biodrowych czuje chory gwałtowny ból. Ruchy bierne kończyną dolną łatwe i niebolesne. Ruchy prawéj kończyny są ograniczone do półkola wprzód ciała, w tył niemożliwe dla bólów w barku. Badanie narządów wewnętrznych nie wykazało nic szczególnego. Tony serca są słabe, jednak czyste, tętno wynosi około 80 na minutę, oddech prawidłowy, spokojny. W końcu zaznaczyć muszę całkowitą utratę popędu, oraz zdolności płciowéj.

Następujących trzech chorych przysłał do mnie jeden z tutejszych adwokatów z prośbą o zbadanie, a w danym razie o obecność moją przy rozprawach sądowych.

II. Dn. 12/6 1890. Emil P. l. 34, zastępca konduktora kolei Karola Ludwika znajdował się w swéj budce podczas zderzenia pociągów towarowych d. 8 stycznia 1890 r. w Złoczowie. Na jego wagon wpadł drugi z taką siłą, że go zupełnie zgruchotał. Jego od zmiażdżenia ocaliła gruba żelazna sztaba, która jednak została zgięta, przyczem ucisnęła mu piersi z taką siłą, że trąbka, którą miał na nich, została całkowicie spłaszczona i wygięta. Równocześnie uderzył tyłem głowy o hamulec. Stracił przytomność na jakie 10 minut, poczem się ocknął. W pierwszéj chwili nie doznawał żadnego bólu, a poczuł go dopiero w lewym boku i w skroniach skoro zszedł z wagonu. W kilka godzin potem wystąpiły nudności, przyczem dwa razy wymiotował. Następnym pociągiem odjechał do Lwowa; w wagonie leżał, a za każdem stuknieniem odczuwał nieznośny ból w głowie. Po przypadku tym czuł się tak osłabionym, iż cały miesiąc leżał w łóżku. Od czasu do czasu miewał wymioty, ból zaś głowy nie odstępował go odtąd zupełnie. W obu uszach, szczególniéj jednak w prawem, miał dziwne uczucie; już to zdawało mu się, gdy leżał w łóżku, że w poduszce ruszają się chrabąszcze, jużto, że „jakby elektryka mu z uszów wychodziła, lub też świstało jakby wiatr jaki.“ Uczucie to potęgowało się skoro wstawał z łóżka na stolec, przyczem nieraz miewał zawroty i nudności, których również doznawał w bardzo gorącéj, lub też wilgotnéj porze. Przytem rozwolnienie dość silne nie opuszczało go od chwili przypadku. Popęd, oraz siła płciowa uległy bardzo znacznemu osłabieniu, od czasu bowiem przypadku spółkował z żoną tylko dwa razy, bez najmniejszéj przyjemności i nie czując nawet wytrysku nasienia. Sen miał bardzo nieregularny i niedostateczny, przyczem śniło mu się, że spada z jakiéjś wysokości, że go ktoś łapie, prześladuje, wkłada na niego aresztanckie ubrania itd. Skoro się znajdował w ciemnym pokoju, zdawało mu się, że ktoś obok niego stoi i doznawał uczucia przykrego lęku. Obecnie skarży się na zły sen, połączony z wymienionemi poprzednio przykremi marzeniami, na uczucie lęku, na bóle i zawroty głowy, szum w uszach i ogólne osłabienie. Skoro się schyla, czuje bóle w krzyżach, gdy chodzi trochę więcéj, doznaje uczucia „jakby mu się wszystkie żyły pod kolanami ściągały, a mięśnie prężyły.“ Od czasu do czasu doznaje bicia serca. Rozwolnienie trwa ciągle jeszcze.

Badanie wykazuje: Mężczyzna średniego wzrostu, szczupły, blady, miernie odżywiony. Źrenice oddziaływają prawidłowo. Wzrok umiarowy, nie czuje w nim żadnéj zmiany. Pole widzenia dla przedmiotów miernie zwężone, silniéj znacznie dla barw. Słuch, smak i węch prawidłowe. Czucie skórne tak dla dotyku, jak dla bólu i ciepłoty wszędzie dobrze zachowane. Bolesność przy ucisku sześciu pierwszych kręgów piersiowych. To samo w okolicy serca. Czucie mięśniowe zachowane, niezborności ruchów nie ma, chód chwiejny przy

zamkniętych oczach. Drżenie słabe rąk i nóg potęguje się bardzo, szczególnie w prawéj nodze, skoro pacyjent jest wzruszony. Można to było bardzo wybitnie spostrzegać podczas przesłuchiwania w sądzie, lub też skoro już był bardzo znużony badaniem lekarskiem. Drżenie to przechodziło następnie na mięśnie grzbietu i bocznéj części klatki piersiowéj. W postawie leżącéj drżenie ustaje zupełnie. Odruchy tak ścięgniste jak skórne silnie wzmożone. Tętno badane przezemnie kilkanaście razy w różnych odstępach czasu wynosiło zawsze od 96—110 na minutę, przy zmęczeniu zaś lub silnem wzruszeniu dochodziło nawet do 130. Tony serca czyste, lecz słabe. Narządy klatki piersiowéj prawidłowe, badanie zaś narządów jamy brzusznéj wykazuje mierną rozstrzeń żołądka i zwiotczenie (atoniję) jelit. Na zakończenie muszę nadmienić, że chory odpowiada powoli i z namysłem, nigdy sprzecznie, mimo żem mu zadawał pytania w różnych odstępach czasu w ten sposób, że musiałby się dać złapać, gdyby podawał nieprawdziwe objawy. Nie potakuje on zresztą, jak to często bywa przy poddawaniu mu różnych cierpień i nie skarży się na zbyt wiele podmiotowych dolegliwości.

III. W kilka dni po pierwszem zbadaniu powyższego chorego przybył do mnie Jakób D., bremzer kolei Karola Ludwika, który doznał przypadku podczas opisanego poprzednio zderzenia pociągów w Złoczowie. Stał wtedy w 8-ym lub 9-tym wagonie od lokomotywy, podczas zderzenia upadł na podłogę, wstał przytomny, bólów żadnych nie czuł. W kilka godzin potem wrócił do Lwowa. Rozbolała go wtedy głowa i krzyże, wskutek czego leżał w domu przez 3 miesiące w łóżku. Bóle te potęgowały się pod wieczór, były tego rodzaju, jakby go coś kłuło w środku. W nocy nie może sypiać, gdy zaś nad ranem zaśnie, miewa sny męczące, że się znajduje w pożarze, że go chcą bić itd. Jazdy kolejowéj lęka się bardzo, nie może nawet patrzeć na pociąg. Wzrok łatwo się nuży, po przeczytaniu jednéj kartki oczy mgłą mu zachodzą. Apetytu nie ma zupełnie, od czasu przypadku cierpi na ciągłe rozwolnienie. W nocy miewa kilka razy w tygodniu zmazanie, siłę i popęd płciowy utracił.

Badanie wykazuje co następuje: Mężczyzna średniego wzrostu, źle odżywiony, blady. Źrenice oddziaływają prawidłowo, wzrok dobry, pole widzenia nie ścieśnione ani dla przedmiotów, ani dla barw. Czucie skórne wszędzie prawidłowe. Czucie mięśniowe dobre, mięśnie źle rozwinięte, przy uderzaniu młoteczkiem bardzo pobudliwe, tworzą na piersiach i rękach za każdym razem wał utrzymujący się czas dłuższy (*Idio-musculäre Contraction Schiffa*). Odruchy skórne i ścięgniste wygórowane. Tętno około 90 na minutę. Badanie płuc wykazało rozległe obustronne zmiany gruźlicze. Narządy jamy brzusznéj normalne. Podczas badania odpowiada bardzo niejasno, płacze się, widoczną jest przesada, wszystko go boli, cierpi na wszystkie możliwe przypadłości.

IV. Dnia 12 sierpnia 1890. Józef M. lat 30, były konduktor kolei państwowéj, obecnie portyjer w Husiatynie. W r. 1887 dnia 16 września otworzył nagle regulator, przyczem iskry buchnęły na niego i uderzyły go tak gwałtownie w twarz z prawéj strony, że z nad oka krew się puściła i na chwilę zamroczyło go. Przez kilkanaście dni cierpiał na bardzo mocne bóle głowy, zawroty i dwa razy miał wymioty. Bóle głowy, jakkolwiek słabsze aniżeli cierpiał przez tych kilkanaście dni, nie opuszczały go aż do dziś dnia. Oprócz tego skarży się obecnie na zawroty występujące przeważnie w nocy. Pamięć ma coraz gorszą, jest przygnębiony, nic go nie cieszy, popada nieraz w zupełną apatyję. Sen ma zły, często bardzo zasypiając zrywa się nagle, nieraz wstaje w nocy i chodzi po pokoju z kąta w kąt, zmuszony do tego jakimś wewnętrznym niepokojem. Siła płciowa ma być znacznie obniżona, jednak nie zniesiona.

Badanie wykazuje: Mężczyzna średniego wzrostu, dobrze odżywiony, mięśnie silnie rozwinięte. Prawa gałka oczna wysadzona na wierzch, bolesna, powieka kurczowo zaciśnięta. Rozpoznanie okulisty brzmi: *Neuritis retrobulbaris et tenonitis.* Źrenica lewa oddziaływa dobrze, pole widzenia miernie zwężone tak dla przedmiotów, jak i dla barw. Punkty bolesne w zakresie nerwu nad i podoczodołowego. Cała prawa połowa głowy przy opukiwaniu bolesna. Czucie skórne na prawéj połowie twarzy podwyższone, zresztą wszędzie prawidłowe. Chód dobry, niezborności ruchów nie ma. Odruchy znacznie wygórowane, szczególnie kolanowy. Tętno słabe 114—130 na minutę. Oddech prawidłowy, narządy klatki piersiowéj i jamy brzusznéj prawidłowe. Odpowiada jasno, bez przesady, jednak z pewną apatyją i przygnębieniem.

Szereg objawów chorobowych opisanych powyżéj, nad któremi obecnie nie będę się szczegółowo zastanawiał, należy do rzędu objętych nazwą nerwic urazowych. Opisał je po raz pierwszy Erichsen w r. 1868, a ponieważ główną uwagę poświęcił przypadkom na kolejach żelaznych, oraz objawom rdzeniowym, przeto nazwał tę chorobę *Railway spine*, która to nazwa przyjętą została następnie w Niemczech przez Leydena i Erba. Za pracami tych autorów pojawiły się następnie i inne. jak Bernhardta, Westphala, Riglera i t. d.

W miarę im więcéj uwagi poświecano temu przedmiotowi, nazwa *Railway spine* stawała się niewystarczającą. Już Rigler zwrócił uwagę w swéj pracy na zaburzenia psychiczne, z których wyszczególnił *Siderodromophobia,* tj. uczucie lęku przy wsiadaniu do pociągu u osób, które poprzednio doznały przypadku na kolei. W dalszym ciągu położył również i Moeli nacisk na objawy mózgowe, a skoro wreszcie pojawiły się prace Schlägera, Krafft-Ebinga, Waltona, Wilksa, Putnama, Thomsena i Oppenheima, stworzony został dokładny obraz choroby wraz z zaburzeniami tak mózgowemi jak i rdzeniowemi. Stara nazwa Erichsenowska ustąpiła miejsca nazwie *Railway-brain* lub też jeszcze ogólniejszéj *Railway-spine and brain!*

Tak jak w Niemczech główny bodziec wychodził ze szkoły Westphala w Charité, tak we Francyi sprawę tę opracowywali przeważnie uczniowie Charcota w Salpêtrière. Niepodobieństwem by było wyczerpać tutaj całą nader rozległą literaturę. Ograniczę się tutaj do podania źródeł, z których szczegółowych wiadomości zaczerpnąć można, a temi są wyborne monografije Strümpla: *Ueber die traumatischen Neurosen, Berliner Klinik.* H. 3 i Oppenheima: *Die traumatischen Neurosen.* Berlin 1889, w któréj opisał najgłówniejsze przypadki badane w ostatnich pięciu łatach w Charité w liczbie 33, a z których znaczną część miałem sposobność obserwować w czasie mojego pobytu w Berlinie w r. 1888 i 89. Z poglądami szkoły francuskiéj zaznajomić się można w *Progrès Médical* z *Leçons sur les maladies du système nerveux,* t. III. Charcota, w końcu z wybornego dzieła Jerzego Quinon'a: *Les agents provocateurs de l'hystérie,* w którem zebrane są liczne i dokładne obserwacyje kliniczne, oraz bogata literatura. Jeżli zaś kto chce traktować rzecz ze stanowiska sądowo-lekarskiego, znajdzie odnośną literaturę w wymienionym już artykule prof. Blumenstoka.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj Prof. Dra Madurowicza.

O mięsieniu i zastosowaniu tegoż do leczenia chorób ginekologicznych, a w szczególności wysięków zapalnych w miednicy małéj.

Podał
Dr. Maksymilijan Cercha,
drugi asystent téjże kliniki.

(Dok. Patrz Nr. 37).

Dnia 16 stycznia wykonaliśmy zabieg poraz pierwszy, trzymając się nawet w małych rzeczach poleceń Brandta. A więc po odprowadzeniu macicy wykonaliśmy *lege artis* w pewnych odstępach czasu 3 razy unoszenie, zważając na

wyraz twarzy chorej, a z drugiej strony pilnie śledząc stopień napięcia sklepienia przedniego. Potem wykonano 4 razy zbliżanie i oddalanie kolan, a nareszcie trzepanie okolicy krzyżowej. Następnie przez 10—15 minut chora leżała na brzuchu. Zresztą przez pierwsze kilka dni pozostała w łóżku. Po drugiem i trzeciem posiedzeniu macica pozostała już w pochwie mimo, że nie używaliśmy tamponów, a przypady ze strony pęcherza ustąpiły jakby pod wpływem czarodziejskiej różczki. Od tego czasu z każdym niemal dniem stan chorej się polepszał tak, że z początkiem lutego stan był mniej lub więcej następujący: szpara sromowa znacznie się zwęziła tak, że wcale nie była rozwartą, ściana przednia i tylna pochwy szczególniej w dolnej połowie nieźle do sąsiedztwa przyczepione, poprzeczne zmarszczki wyraźne. Część pochwowa tylko nieco niżej ustawiona w osi miednicy, większa, nie tak gruba, macica w sklepieniu przedniem wybadalna znacznie mniejsza, zbitości prawidłowej, sklepienia wolne, przednie wysoko ustawione prawie w wysokości górnego brzegu spojenia łonowego. Badanie wziernikiem wykazuje: pochwa różowa, część pochwowa sinawo-różowa, ujście poprzeczne z wrębami, na wardze tylnej blizna sinawa, po zagojonym wrzodzie (bez jakiegokolwiek leczenia), z ujścia nic się nie wydobywa. Długość macicy wynosi $9^3/_4$ cm. Co do objawów podmiotowych, ustąpiły bóle w krzyżach i uczucie ciągnienia ku dołowi, przypady ze strony pęcherza, również stolec prawidłowy. Mimo, że chora chodzi i wykonywa w klinice pewne posługi, nie czuje nawet, jakoby guz się obniżał i uważa się za zupełnie wyleczoną. W tym stanie przedstawiłem chorą na posiedzeniu Tow. ginekologicznego krakowskiego dnia 4 stycznia b. r., a wszyscy koledzy zawodowi przyznali dzielne skutki leczenia tą metodą. Najlepiej jednak mógł to ocenić sam prof. Madurowicz, który badał chorą w tym czasie 3 razy. Chora pozostawała w klinice jeszcze do 5 marca, w którym to dniu jako wyleczona zupełnie wypisaną została. W czasie od początku lutego do końca leczenia zaszły takie zmiany, że pochwa stała się jeszcze węższą, ściany jej w całej długości dobrze do sąsiedztwa przyczepione, część pochwowa w wysokości prawidłowej, długość macicy 8 cm., nawet przy mocnem parciu ściany pochwy a tem mniej macicy się nie obniżają. Z przypadów podmiotowych stwierdziliśmy, że peryjod, który wystąpił 20 lutego, trwał tylko 5 dni, nie był obfity, a chora nie doznawała żadnych boleści mimo, że w czasie regularności nie leżała w łóżku.

7) R. M., lat 31, niezamężna. Przyjęta do kliniki dnia 11 stycznia b. r.

W y w i a d y: Ostatnia regularność w początku maja, ruchy poczuła we wrześniu. Rodziła 3 razy, porody odbywały się prawidłowo. Ostatni przed 2 laty. Pierwsze bóle wystąpiły dnia 10-go stycznia, przyczem zaraz miała odejść woda płodowa.

S t a n o b e c n y. Odżywienie mierne. Ciepłota prawidłowa, tętno spokojne. Badanie zewnętrzne brzucha wykazało powiększenie macicy, odpowiednio do dziewiątego miesiąca ciąży. Położenie płodu czaszkowe pierwsze ustalone, gdyż tętno płodowe i grzbiet płodu wyraźnie po stronie lewej, nóżki zaś płodu po stronie prawej. Macica jędrnieje wyraźnie, a rodząca wyrabia bóle, używając tłoczni brzusznej, jakto odpowiada drugiemu okresowi porodu. Badanie wewnętrzne potwierdza badanie zewnętrzne, nadto wykazuje przyczynę przedłużania się porodu w niestosunku wynikłym z wielkości główki, okazującej wszelkie cechy wodogłowia (*hydrocephalus*). Ponieważ bóle były częste i silne, więc zastosowano u rodzącej zimne okłady i po 2 godzinach poród ukończył się siłami natury. Urodził się płód płci żeńskiej, odpowiadający rozwojem 9-ciu miesiącom księżycowym ze zmianami wybitnemi na czaszce, odpowiadającemi wodogłowiu. Płód zmarł w 2 dni wśród drgawek.

Pierwsze siedem dni połogu bez znaczniejszych zaburzeń. Stwierdzono tylko leniwe zwijanie się macicy. Dnia 18 stycznia wieczorem wystąpił dreszcz i to nagle po przebudzeniu się położnicy ze snu, a ciepłomierz wykazał 39·8, tętno wyżej stu, temu towarzyszył gwałtowny ból w okolicy nadpachwinowej prawej i parcie na mocz. Zastosowano leczenie przeciwzapalne. Podwyższenie ciepłoty (przyczem typ jej wyraźnie zwalniający) utrzymywało się dni 5. Piątego dnia można było wykazać wypocinę zapalną po stronie prawej jako guz o powierzchni falistej, bolesny, rozlany, ciastowaty, sięgający aż do kolca biodrowego prawego, nadto bolesność po stronie lewej w głębi. Macica, mimo że pęcherz i kiszka są próżne, sięga na 4 palce nad spojenie łonowe, miękka, mało ruchoma szczególniej od strony prawej. Badanie wewnętrzne wykazuje obniżenie sklepienia prawego, które jest ciężkie, a nad błoną przesuwalną wyczuć można dolny odcinek guza brzusznego bolesny, ciastowaty, o granicach niewyraźnych, po lewej zaś w tkance łącznej okołomacicznej guz wielkości jaja kurzego, twardszy, bolesny, lekko wypuklający sklepienie, wskutek czego część pochwowa po tej stronie jest krótszą, macica miękka, duża, w kierunku prawidłowym, szyja dla palca drożna, jama macicy pusta, błona śluzowa szyi i ciała jej gładka. Palec czerwono-ciemną krwią obłożony, niecuchnącą. R o z p o z n a n i e. *Perimetritis dextra, parametritis sinistra. Subinvolutio uteri post partum.* Ponieważ ciepłota do dnia 22/1 była prawidłowa, a bolesność znacznie mniejsza, przeto przystąpiono dnia 25/1 do miesienia tak macicy jak i wypociny po obydwu stronach. W tym przypadku miesienie odniosło nadzwyczajny skutek. W pierwszym rzędzie macica już po 4 posiedzeniach była o połowę mniejszą. miąższ jej jędrny, a odchody czerwone zmieniły się w śluzowe, niemniej szybko ustępowała wypocina zapalna tak, że po dziesięciu posiedzeniach położnicę jako wyleczoną zupełnie bez śladu wypociny i z macicą prawidłowej prawie wielkości przedstawiłem na posiedzeniu Tow. ginekologicznego krakowskiego dnia 4/1 1890 r., poczem opuściła klinikę. Obecni na posiedzeniu członkowie stwierdzili świetny w tym przypadku wynik miesienia.

8) K. M., lat 23, wolna, przyszła jako ambulantka dnia 8/1 1890 r.

W y w i a d y: Regularność zawsze prawidłowa. Rodziła raz przed czterema laty, w połogu miała mieć gorączkę, bóle dołem po stronie prawej i parcie na mocz. Od tego czasu doznaje bólów w pachwinie prawej, wystąpiły upławy, regularność bywa obfitsza, a towarzyszą jej bóle kłójące po stronie prawej. Mocz i stolec prawidłowy.

S t a n o b e c n y. Brzuch wypuklony, powłoki podatne. Nad pachwiną prawą guz wielkości pięści, o powierzchni falistej. twardy, bolesny, nieruchomy, sięgający prawie do kolca biodrowego prawego, odgłos nad guzem stłumiony, zresztą bębenkowy. Przedsionek nie przedstawia nic szczególnego. Pochwa miernie szeroka, część pochwowa nieco na lewo zwrócona, ujście szparowate z wrębami. Dalszy ciąg macicy w sklepieniu przedniem, macica niepowiększona, mało ruchoma. Sklepienie prawe szerokie i obniżone, a przez nie wybadać można dolny odcinek guza brzusznego, który zdaje się wychodzić z prawego boku macicy i jest od tej ostatniej lekką bruzdą oddzielony, macica z guzem jest dosyć silnie połączona, a przez to jak i sam guz mało ruchoma.

R o z p o z n a n i e: *Fibroma uteri subserosum in exsudato.*

Leczenie: Chora ta zgłaszała się do kliniki z początku codzień, później co dwa dni w celu wykonywania miesienia, którego skutek uwidocznił się przez to, że guz się pomniejszył po 10 posiedzeniach do wielkości jabłka, był ruchomy wraz z macicą, niebolesny i więcej gładki. W tym stanie przedstawiono chorą w Tow. ginekologicznem dn. 4/1 1890. Chora dalej leczy się jako ambulantka, a guz dziś jest wielkości małego jabłka, o powierzchni nie zupełnie równej, zupełnie ruchomy, przyczem i macica z guzem się porusza, a zatem ten ostatni jest z nią dosyć szeroką podstawą złączony. Przesuwanie guza ku stronie lewej i ku dołowi sprawia chorej jeszcze nieznaczny ból, guz jest twardy i swą zbitością nie odpowiada utkaniu mięsnemu. Wobec tego rozpoznanie nasze zdaje się słuszne, że mamy do czynienia z nowotworem z tkanki łącznej (*fibroma*), obok którego wytworzyła się znaczniejsza wypocina, która obecnie ustąpiła. Guz obecnie nie sprawia żadnej dolegliwości tak, że chora uważa się za zupełnie wyleczoną. Nadto dodać muszę, że miesienie w ostatnim tygodniu nie zdaje się mieć wpływu na zmniejszenie się guza.

9) M. Z., lat 27, zamężna, przyjęta do kliniki 13 stycznia 1890.

Wywiady: Regularność dawniéj prawidłowa. Nie rodziła. Ostatnia regularność, która miała miejsce przed 18 dniami, miała być bardzo skąpa, połączona z mocnemi bólami w krzyżach i dołem, chora mimo leżenia w łóżku czuła się bardzo osłabioną. Od tego czasu bóle się utrzymują, chora doznaje parcia na mocz, stolec zaparty.

Stan obecny: Ciepłota nie podwyższona, tętno drobne. Brzuch nie przedstawia nic nieprawidłowego, z wyjątkiem lekkiéj tkliwości nad spojeniem łonowem. Wejście do pochwy miernie szerokie. Część pochwowa w wysokości prawidłowéj, do spojenia łonowego zbliżona. Trzon macicy niepowiększony, wybadalny w sklepieniu przedniem, macica w całości ku przodowi przesunięta. Tylne sklepienie wypukłone mocno przez guz wielkości kurzego jaja, tkliwy, o powierzchni falistéj, miękawy, nie ruchomy.

Rozpoznanie. *Haematocele in exsudato.*

Ponieważ chora nie gorączkowała, przystąpiono dnia 15/1 do mięsienia. Guz zmniejszał się z dnia na dzień i to bardzo szybko, stawał się więcéj ruchomy, a i macica więcéj ruchoma przyjęła położenie prawidłowe. Dnia 22/1 wystąpił peryjod bez zaburzeń, cztery dni trwający. Dnia 27/1 dalsze leczenie, które trwało do dnia 5/2. W tym dniu chora opuściła klinikę wyleczona. Badanie wykazało, że stosunki w częściach rodnych są prawidłowe, a z wypociny nawet ślad nie pozostał.

IV. Oceny i sprawozdania.

O wynikach wieszań we wiądzie mlecza za pomocą aparatu Muczutkowskiego,

skreślił
Stanisław Daniłło i Emil Przychodzki
docent akad. lekarskiéj, ordyn. pryw. kliniki psychiatr. w Petersburgu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 37).

Przypadek 10) Fabrykant A. G., l. 35, przebył kiłę w roku 1880. Przez długi przeciąg czasu leczył się za poradą znanych specyjalistów Rosyi i Niemiec. Wczesne objawy wiądu mlecza rozpoznano w roku 1885. Stosowano przeróżne leczenia (rtęć, jod, ciepłe wanny, elektryczność i masaż w Akwizgranie i Nauheimie po kilka razy). Część wiosny zwykle spędza w Nauheimie. Bóle strzelające w kończynach dolnych wzmogły się jesienią 1889 roku. Leczenie przeciwkiłowe pozostało bez wpływu.

O poradę zgłosił się w listopadzie 1889 roku. Chód tabetyczny, stać z zamkniętemi oczyma nie może; z otwartemi trudno mu chodzić w ciemności. Czucie mięśniowe w kończynach dolnych nieco osłabione; czucie skórne bez zmian znacznych. Utrata zupełna odruchów kolanowych ścięgiennych. Erekcyje o tyle słabe, że spółkowanie niemożebne. Oddawanie moczu utrudnione i zaparcia stolców częste. Źrenice zwężone, oddziaływanie na światło i akomodacyję leniwe. Uporczywe bóle strzelające w kończynach dolnych, przeszkadzające choremu spać od kilku tygodni. Fenacetyna i antipyryna do 2-ch gram. dziennie nie sprowadzały ulgi. Wieszania rozpoczęto od 1 minuty każde, 3 razy na tydzień. 8 pierwszych wieszań do pewnego stopnia złagodziły bóle strzelające tak, że sen się polepszył, co nie zniewalało tak często udawać się do metody leczenia farmaceutycznéj, jak przedtem. Wybitniejsze rezultaty można było zauważyć po 16 wieszaniach (ostatnie po 3 minuty) tak, że począwszy od Bożego Narodzenia (starego stylu) chory zaprzestał już przyjmować wewnętrznie środki; następnie zaś (do 10/3) bóle, jakkolwiek zjawiały się, lecz rzadko i na przeciąg czasu chwilowy. Sen był najzupełniéj zadowalającym. Erekcyje zaczęły bywać daleko silniejszemi i do tego stopnia, że chory według słów własnych począwszy od połowy stycznia spółkował zadowalająco raz na tydzień. Strumień moczu okazał się silniejszym, nadymań przy oddawaniu moczu prawie że niema. Niepewność chodu mniejsza. Przy końcu marca 1890 roku wieszania jeszcze stosowano; chory czuł się najzupełniéj zadowalająco. Podstawowe objawy (to jest utrata odruchów kolanowych i objawy ze strony źrenic) nie uległy żadnéj zmianie.

Przypadek 11) Literat K. G., lat 47. Kiłę przebył w roku 1874. W r. 1878 chód utrudniony i uczucie ziębienia w kończynach dolnych. Do roku 1881 stosunkowo stan zdrowia niezły, lecz od téj pory utrudnienie chodu się wzmogło; długotrwałe parestezyje w nogach, następnie w rękach; w r. 1884 czasowe zaburzenia w oddawaniu moczu i stolca, od téj chwili zwiększające się osłabienie wzroku i wybitne osłabienie czucia mięśniowego w kończynach dolnych i poczęści w górnych; począwszy zaś od roku 1887 zupełna utrata wzroku, niemożność chodzenia bez obcéj pomocy i na prawéj kończynie dolnéj *pied bot tabétique*; peryjodyczne wzmaganie się parestezyj, o krótkich przerwach, czasami wstrzymanie moczu i kału; w ostatnim czasie prawie ciągła bezsenność lub sen przerywany (sypia po 2—3 godzin nocą), w ciągu roku 1889 znaczne pogorszenie w kombinowanym ruchu rąk i nóg z zachowaniem jednakże czucia mięśniowego przy biernem ćwiczeniu grup mięśniowych; uporczywe parestezyje całego ciała, prócz głowy. Zasięgał porady od początku choroby prawie u wszystkich znanych specyjalistów Petersburga, Paryża, Londynu i Wiednia. Leczenie specyficzne (rtęć i jod) nie przyniosło żadnéj ulgi. Wieszań nie próbował jeszcze.

Przy badaniu w październiku r. 1889: utrata wzroku zupełna, zanik nerwów wzrokowych, źrenice rozszerzone, na światło nie oddziaływają; odruchów kolanowych brak zupełny; osłabienie czucia mięśniowego w kończynach górnych o tyle znaczne, że sam nie jest w stanie ani jeść, ani się ubierać; chodzić także nie może bez obcéj pomocy; oddziaływanie elektryczne mięśni i nerwów rąk i nóg nie uległo zmianie, tak jakościowo jak ilościowo; przy obcéj pomocy nie jest w stanie przejść więcéj nad 1000—1300 kroków; chód charakterystyczny; przedni mięsień goleniowy *(tibialis anticus)* nieco zanikły w prawéj dolnéj kończynie, wskutek czego skrzywienie prawego stawu goleniowo-stopowego; czucie skórne w rękach bez zmian prawie żadnych, w nogach zaś czucie bólu i ciepłoty wyraźnie osłabione; położenie członków w przestrzeni chory określa prawie zawsze ze znacznemi omyłkami; wybitne parestezyje, uczucie ziębienia, gorąca i mrowienia, jak również strzelające bóle w nogach; oddawanie moczu utrudnione, zaparcia stolców dość częste, sen zły i przerywany; stan psychiczny bez znacznych zmian, wyjąwszy pewne rozdrażnienie. Po 20 wieszaniach (około $3^1/_2{}'$ każde 3 razy na tydzień z przerwą na 3 tygodnie z powodu pojawienia się u chorego grypy) sen się nieco polepszył, a parastezyje znikły bez śladu. Po 40 wieszaniach parestezyje już jak przedtem nie powróciły, ale podstawowe objawy chorobowe pozostawały bez zmiany. W ciągu marca i kwietnia żadnego pogorszenia w stanie zauważyć nie było można, jakkolwiek u chorego wieszania wskutek różnych przyczyn stosowano bardzo nieregularnie. Wszystkich wieszań zastosowano 58. W rezultacie polepszenie snu, ustąpienie parastezyj, bólów strzelających i jakoby pewne osłabienie objawów ataksyi w kończynach dolnych. Po 15 pierwszych wieszaniach chory, jak się sam wyrażał, zaczął lepiéj odróżniać światło od ciemności. Wspomnieć jednakowoż należy, że owo polepszenie, jeżeli takowe i miało miejsce, to nader było nieznacznem i niedługotrwałem [1].

Przepatrując załączone historyje chorób, można, jak się zdaje, przyjść do następujących wniosków ogólnych: nasamprzód uderzającym jest ten fakt, że we wszystkich przypadkach bez wyjątku podstawowe główne objawy wiądu mlecza wpływom wieszań nie podlegają. Mianowicie powrotu odruchów ścięgien kolanowych, nie zauważyliśmy ani razu, oddziaływanie źrenic nie podlegało zmianie; w porażeniu mięśni okoruchowych nie było polepszenia; także nie widzieliśmy polepszenia w czuciu skórnem, wyjąwszy przypadek 9-ty, w którym można było zauważyé pewne pole-

[1]) Wieszania stosowaliśmy do połowy kwietnia, lecz następnie ich zaprzestano, gdyż bez wątpienia dalszéj poprawy trudno było wymagać. Prócz tego objawy paretyczne w prawéj nodze chwilowo się wzmogły.

pszenie wszystkich rodzajów czucia. Inne objawy chorobowe, jak: bóle strzelające i parestezyje znacznie słabły, a w niektórych przypadkach nawet zupełnie ustępowały. W przypadku 1-szym bóle strzelające poczęły słabnąć już po 5 wieszaniach, a po 7 znikły zupełnie; w przypadku 2-gim po 5 wieszaniach takowe także słabły i poczęły rzadziéj się zjawiać, wreszcie jakkolwiek po stosunkowo długim przeciągu czasu znikły bez śladu; w przypadku 3-cim takież polepszenie zauważyliśmy już po 4 wieszaniach: w 4-tym po 5 wieszaniach zanotowano bardzo krótkotrwałe wzmożenie się bólów, które następnie znikły po 6-em wieszaniu całkowicie; w przypadku 5-tym bóle strzelające ustąpiły po 5 wieszaniach i już potem nie powracały; w przypadku 5-tym wpływ wieszań wogóle pozostał niewyjaśnionym wskutek ich małéj liczby (3 wszystkich); w przypadku 7-mym otrzymaliśmy z początku zmniejszenie, a następnie zupełne ustąpienie bólów strzelających; za jawny dowód wdzięczności owéj metody leczniczéj w stosunku do jéj wpływu na ustąpienie bólów strzelających może posłużyć przypadek 7-my; w którym po 8 wieszaniach bóle znacznie się zmniejszyły, jeszcze wyraźniéj owo zmniejszenie się bólów można było stwierdzić po 16 wieszaniach; wreszcie w przypadku 7-mym po 20 wieszaniach bóle strzelające znikły prawie zupełnie. Wogóle można powiedzieć, że bóle strzelające wcześniéj, aniżeli jakiekolwiek inne objawy wiądu mlecza podlegają wpływom wieszań, słabnąc lub znikając bez śladu. Jeżeli owe bóle towarzyszą i późniejszym okresom wiądu mlecza, to i wówczas wpływ wieszań okazuje się nader wyraźnym, dodatnim. Jeżeli owe bóle strzelające nie zawsze znikają zupełnie, to jednakże pojawiają się rzadziéj, wyrażają się daleko słabiéj i nie wpływają na sen i stan psychiczny chorych ujemnie. Bez wątpienia trzeba przyznać, że i parestezyje ulegając wpływom wieszań, stają się mniéj wyraźnemi, słabną, pojawiają się rzadziéj, jakkolwiek w porównaniu ze strzelającemi bólami owo polepszenie pod pewnym względem i mniéj wyraźne i nie tak stałe: tak n. p. w przypadku 1-szym parestezyje zmniejszyły się jednocześnie z bólami po 5-tem wieszaniu, a następnie jednocześnie także z bólami strzelającemi znikły zupełnie po 7-em wieszaniu; w przypadku 2-gim parestezyje niepokojące chorego przedtem prawie bez przerwy, znacznie zmniejszyły się, lecz zupełnie nie znikły; w przypadku 3-cim takowe także zmniejszyły się po 5 wieszaniach, a następnie powoli zaczynały znikać; w przypadku 4-tym parestezyje zaczęły słabnąć już po 7 wieszaniach, w rezultacie zaś zupełnie znikły; w przypadku 5 parestezyje dolnych kończyn w postaci ściągania pod kolanami po 8-em wieszaniu słabły, lecz w tym przypadku i po ostatniem wieszaniu, jakkolwiek znacznie zmniejszone, jednak nie ustąpiły całkowicie, zjawiając się dość rzadko; w przypadkach 7-mym, jak i w 6-tym polepszenia nie zauważyliśmy pod tym względem, być może wskutek nielicznych stosowanych u tego chorego wieszań (wszystkiego 8); przypadek 8-my odróżniał się od innych tem, że w nim zauważyliśmy zupełne ustąpienie parestezyj jednocześnie ze strzelającemi bólami; ów przypadek zdaje się nam najwymowniejszym ze wszystkich, gdyż tu chorym był lekarz, objawiający przy pożegnaniu jednemu z nas (Daniłło), że kiedy parestezyje i bóle strzelające ustąpiły, to stosować daléj wieszań on nie widzi potrzeby, gdyż usunięto mianowicie to, co go niepokoiło najwięcéj; co się zaś tyczy pozostałych objawów choroby n. p. odruchów kolanowych, to dla niego pozostaje najzupełniéj obojętnem, czy posiada takowe lub nie; w przypadkach 9-tym, 10-tym i 11-tym parestezyje w pewnym stopniu także się zmniejszyły. (C. d. n.)

Bakteryjologija.

Bourges i Wurtz: **Badania bakteryjologiczne nad zapaleniem gardła błonicowem w przebiegu płonicy.**

W pracy niniejszéj wykonanéj w pracowni Strausa w Paryżu przyszli autorowie do wniosków, mających wielkie znaczenie z względów praktycznych. Przypadki, które B. i W. badali w szpitalu Trousseau'a, tyczą się dzieci dotkniętych płonicą, które z powodu powstania u nich wczesnego zapalenia pseudo-dyfterycznego gardła przeniesiono do pawilonu przeznaczonego dla chorych z błonicą. Badanie bakteryjologiczne błon rzekomych wykazało we wszystkich przypadkach (9) obecność *streptococcus pyogenes* samego, lub w towarzystwie innych mikrobów ropnych. W żadnym z tych przypadków nie byli autorowie w stanie znaleźć prątka specyficznego dla dyfteryi, t. j. prątka Klebs-Löfflera. Natomiast u dziecka, dotkniętego tylko zapaleniem gardła z streptokokami, po przeniesieniu na oddział dyfteryczny powstał krup, a wtedy autorowie znaleźli prątki dyfteryi; dziecko to umarło.

W. i B. przychodzą przeto do następującego wniosku: Wczesne zapalenie gardła bez względu na ciężkość objawów po największéj części nie jest natury dyfterycznéj. Nie należy zatem przenosić dzieci dotkniętych takiem zapaleniem na oddział przeznaczony dla dyfteryi, gdzie się je naraża na zakażenie ciężką chorobą, któréj same nie mają. (*Le Progrès médical* 1890, Nr. 19).

Dr. Beck.

Choroby wewnętrzne.

F. Hueppe: **Jak leczyć cholerę?**

Lekarz przedewszystkiem o tem pamiętać winien, iż bakteryje choleryczne drogą kiszek do organizmu się dostają, pierwszym zatem lekarza obowiązkiem jest przeprowadzenie dezinfekcyi dróg pokarmowych. Dwie grupy leków temu celowi odpowiadających możemy *per os* podawać. Przechodzą one bowiem żołądek niezmienione i dopiero w kiszkach rozpoczynają przeciwgnilne swe działanie. Do pierwszéj grupy zaliczyć należy *tribromfenol* i *trichlorfenol*. Do drugiéj przez Nenckiego zalecony salol i parakreosol. Autor radzi podawać salol w półgramowych dawkach wraz z 0·20 *Bism. salicyl.* Salol najprędzéj zabija prątki przecinkowe i dlatego podawać go należy wcześnie, jednakowoż i w późniejszym okresie, gdy bezmocz występuje, nie jest bez zbawiennego skutku. W okresie tym irygacyje *per anum* grupy kreosolów także stosować należy. Przeciw biegunce pozostanie jako lek swoisty i nadal makowiec, wszystko jedno czy *per os*, czy *per anum* podawany. Zastąpić go może jedynie kodeina. Przy znacznych utratach wody obwijanie w mokre koce i kąpiele, jako też lewatywy są konieczne, a regularnie i w swoim czasie podawane zastępują doskonale wstrzykiwania podskórne (*dermatoclysma*) wody słonéj, które w praktyce domowéj trudne są do przeprowadzenia. Lewatywy te składają się z 1 lub 2 litrów wody o ciepłocie 40° C., z 0·25 do 1·0 taniny, która najprawdopodobniéj łączy się z toksynami na związki nieszkodliwe i z 20 do 30 kropli makowca. Zamiast garbnika można dodać także 0·10 octanu ołowiowego, w czerwonce bardzo skutecznego. Jako *excitans* zaleca autor zawiesinę Traubego, składającą się z *Aq. et syrup. cinam. aa 15·0, vitelli ovi No 2* i z łyżki koniaku. Leczenie to oparte jest na licznem doświadczeniu, jakie autor w Indyjach miał sposobność zrobić, a w końcu jeszcze raz zaleca nie zapominać o salolu! (*Berl. klin. Woch.* 1890, Nr. 32).

Dr. Mendelsburg.

Choroby nerwowe.

Onanow: *„Réflexe bulbo-caverneux.“*

Pod tą nazwą opisał O. na posiedzeniu *Société de biologie* w Paryżu w maju b. r. skurcz nagły mięśni *bulbo-* i *ischio-cavernosus*, który wyczuć można palcem, a który powstaje przy mechanicznem zadrażnieniu żołędzi. U 62 osób dorosłych odruch ten był stałym; u osób starszych, które straciły zdolność spółkowania, znajdował go O. słabszym. Jest normalnym przy porażeniu połowiczem bez powikłań; w uwiądzie rdzenia (*tabes*) odruch słabnie równolegle z osłabieniem czynności płciowych, z wyjątkiem przypadków, w których niezdol-

ność płciowa jest tylko przejściową. Zboczenia w narządzie moczowym w ścisłem tego słowa znaczeniu żadnego wpływu na odruch opisany nie wywierają. U dyjabetyków i neurasteników osłabieniu zdolności płciowéj towarzyszy także zmniejszenie tego odruchu. Wreszcie w przypadku zapalenia rdzenia, w którym chory miewał bezwiedne wzwody i polucyje, odruch był zwiększony.

Zmniejszenie odruchu wskazuje zatem osłabienie zdolności płciowéj, jego zniesienie zupełne zmianę organiczną, nie dającą się naprawić. (*Le Progrès médical* 1890, Nr. 19).

Dr. Beck.

Okulistyka.

A. Natanson: **Obustronna utrata wzroku po influenzy.**

Do lecznicy petersburskiéj przyjęto w kwietniu 51-letniego włościanina dotkniętego obustronną utratą wzroku. Chory ten przebył w listopadzie influenzę, w drugiéj połowie stycznia zapadł na zapalenie płuc i opłucny po prawéj stronie, na początku marca doznawał latania płatków przed oczyma, a w tydzień po tem ociemniał nagle wieczorem na jedno oko, zrana dnia następnego na drugie oko. Badanie wykazało obrzęk spojówek, brak przodkowych komórek, nieruchomość źrenic, tylne przyczepiny, soczewkę przeźroczystą barwy złocisto-żółtéj wskutek odblasku z głębi oczu, których dna nie widać. T—1. Znaczny ból przy dotykaniu gałek. Bóle w oczach dosyć znaczne pojawiają się na przemian. Wśród obserwacyi zmieniła się żółta barwa soczewek w białawą, równocześnie jednak powstało zaćmienie takowych. Leczenie pozostało bez skutku i nic dziwnego. Miano tu bowiem do czynienia z ropnem zapaleniem obu naczyniówek. Autor jest tego zdania, że w przypadku tym nastąpiło zaczopowanie tętnic jagodówek przyrzutami influenzy, względnie zapalenia płuc. Podobne przerzutowe ropne zapalenia ócz po influenzy spostrzegali Hirschmann i Everbusch, ale tylko jednostronne; w przypadku H. powstało ono dnia 28-go, w przypadku E. dnia 9 go, w przypadku opisanym przez naszego autora dopiero po upływie 3 miesięcy. (*Medicinskoje obozrienje* 1890, Nr. 11).

Dr. J. Talko.

Medycyna sądowa.

Prof. E. Hofmann: **O niektórych objawach pośmiertnych.**

W sekcyi dla medycyny sądowéj Zjazdu międzynarodowegp w Berlinie prof. H. mówił o kilku ważniejszych objawach pośmiertnych, tyle ważnych dla lekarza sądowego. Przedewszystkiem zastanowił się nad tłuszczowoskiem. Wiadomo, że pod względem sposobu, w jaki zmiana ta powstaje, istnieją dotąd dwa zapatrywania i że autor broni zdania, jako tłuszczowosk tworzy się tylko z tłuszczu pierwotnego, przeobrażającego się w kwasy tłuszczowe, podczas gdy reszta części miękkich ulega zgniliznie lub maceracyi. Jeżeli bowiem twierdzono, że utrzymywanie się form ciała przemawia za tworzeniem się tłuszczowosku nie tylko z tłuszczu pierwotnego, ale i z innych części miękkich, to bliższe badanie poucza, że formy ciała utrzymują się przez szkielet, masy łączno-tkankowe, ścięgna i powięzie, jako tkanki odporniejsze, wreszcie i przez resztki gnijących części miękkich, ale głównie dzięki pierwotnéj warstwie tłuszczowéj, jakby stężałéj. Przedewszystkiem brak jest na trupie skóry, a powierzchnia zewnętrzna ciała nie jest niczem innem, jak powierzchnią warstwy tłuszczowéj podskórnéj, a wejrzenie ziarniste jéj wynika z odbicia się spodniéj powierzchni skóry. Zanikanie zaś skóry następuje stopniowo: naprzód odłuszcza się przyskórek, potem skóra ulega maceracyi lub rozpływowi gnilnemu, a resztki jéj już poprzednio przedstawiały się prawie jako śluz galaretowaty, który po wydobyciu ciała z wody zapada się i usycha, tworząc warstwę cienką brudną. W podobny sposób i mięśnie zanikać mogą; nie przeobrażają się one nigdy w tłuszcz, względnie w tłuszczowosk, a jakkolwiek badania Lehmanna i Voita w r. 1888 czynione dowiodły możności przeobrażenia się białka w tłuszcz, to jednak z tego przeobrażenia powstają tak małe ilości tłuszczu, że proces ten nie może mieć znaczenia wobec większych zbitych mas tłuszczowosku, o które się tu rozchodzi, a więc i te badania przemawiają raczej przeciw zapatrywaniu, według którego i istoty białkowate mają się składać na powstanie zmiany, o któréj mowa. Jeżeli zaś spostrzeżono przejście mięśni w tłuszczowosk, to należy mieć na uwadze, że w mięśnie czasem zapuszcza się obfity tłuszcz, że mięsień wymoczony podobny jest do stłuszczonego i że mięsień wymoczony lub gnijący rozpada się w masę do miazgi mózgowéj podobną, którą możnaby brać za tłuszczowosk. Masa ta, wykazać się dająca częstokroć w omięsnéj, zawiera tylko mało tłuszczu, względnie kw. tłuszczowych i jest istotą, któréj przyroda chemiczna dotąd całkiem jest nieznaną, a różni ona się od tłuszczowosku chemicznie, mikroskopijnie i pod względem powstania swego; u trupów leżących we wodzie nadto zostaje on porwany przez wodę, a pozostaje tylko rusztowanie łączno tkankowe, podobne do preparatu korozywnego. Co się tyczy narządów wewnętrznych, to tylko takie przeobrażają się w tłuszczowosk, które w chwili śmierci były tłuszczowo zwyrodniałe, jak to najlepiéj przekonać się można na wątrobie. Prawidłowa wątroba gnije we wodzie, podczas gdy wątroba stłuszczona przeobraża się w tłuszczowosk, tak samo jak każdy inny tłuszcz. To samo tyczy się serca, tak, że *a posteriori cor adiposum* lub zwyrodnienie tłuszczowe serca rozpoznać można.

Główną przyczyną tworzenia się tłuszczowosku jest fakt, że tłuszcz pozostawiony sobie samemu nie gnije tak, jak mięso lub inne przyrządy, lecz ulega innéj sprawie rozkładowéj, którą nazywamy jełczeniem, a które polega na rozkładzie tłuszczu neutralnego w glicerynę i kw. tłuszczowe. Sprawa tłuszczowoskowa nie jest zatem sprawą wyjątkową, lecz zjawiskiem pośmiertnem, która prawie we wszystkich zatokach występuje. Aby jednak powstać mogły zbite masy tłuszczowosku, połączone z zachowaniem postaci ciała lub większych jego części, na to potrzeba innych jeszcze warunków, a mianowicie: 1) obfitości tłuszczu u zmarłego; ztąd u osób chudych albo wcale nie tworzy się tłuszczowosk, albo co najwięcéj w niektórych okolicach ciała, gdzie względnie więcéj tłuszczu było; 2) powolnego postępu zgnilizny i niemożności dostania się do ciała much lub ich poczwarek, lub większych organizmów, które części miękkie szybko niszczą. Ztąd zmiana ta występuje najczęściéj na zwłokach leżących we wodzie, a spłukiwanie przez wodę gliceryny i płynnego kw. olejnego może przyczynia się do stężenia nowotworzącéj się masy. 3) Nie bez wpływu zdaje się być i pierwotna jakość tłuszczu. U dzieci najczęściéj przychodzi do tworzenia się tłuszczowosku, raz dla tego, że pokład tłuszczowy u noworodka i oseska względnie przynajmniéj 5 razy jest grubszy, aniżeli u najtłuściejszego dorosłego człowieka, a powtóre, że tenże już makroskopowo odróżnia się barwą szaro-białą i rozpadaniem się w drobne okruchy, tak jak wosk gotowany we wodzie, pod drobnowidem widać prawie w każdéj komórce tłuszczowéj liczne kryształki, zawiera zaś 3 razy więcéj stałych kwasów tłuszczowych, a mniéj kw. olejnego, aniżeli u dorosłego; łatwiéj więc przeobraża się w tłuszczowosk. Tak samo zachowuje się tłuszcz opilców, który nie tylko z powodu większéj swéj obfitości ma wpływ, ale także dla swéj jakości: jest on bowiem bledszy, do łoju podobny i zamożniejszy w stałe kw. tłuszczowe. Daléj nie bez znaczenia jest pozostawanie trupów we wodzie w porze zimnéj, raz dlatego, że zimno opóźnia zgniliznę, a powtóre, że tłuszcz tężeje wśród chłodu.

Następnie zwraca H. ponownie uwagę na inny objaw pośmiertny, to jest na kruchość włosów u trupów przez dłuższy czas we wodzie leżących, wskutek czego oddzielają one się w poziomie skóry, lub nieco powyżéj onego, tak, że możnaby sądzić mylnie, że włosy zostały odcięte lub wygolone.

(Dokończenie nastąpi).

V. Davos w Szwajcaryi.

Korespondencyja Prof. Dra W. Jaworskiego.

(Davos dzisiejszy. — Tegoroczny 73 Zjazd przyrodników i lekarzy szwajcarskich. — Sanatorium Dra Turbana).

Od roku 1879, kiedy Davos po pierwszy raz miałem sposobność zwiedzić [1]), doznał tenże zupełnéj zmiany. Rozległość i wysokość kotliny, sięgającéj do ostatniéj granicy

[1]) Patrz *Gazeta Lekarska*, z r. 1879.

drzew szpilkowych (1573 metrów), góry ochraniające miejscowość od wiatrów i silne promieniowanie słońca nie zmieniły się. Lecz wyzyskanie czynników przyrodzonych i praca ręki ludzkiéj wywarły tu w przeciągu lat 12 przewrot zupełny. Wprawdzie i obecnie zmieniają znaczne rozrzedzenie powietrza i jego suchość (przy ciśnieniu barometrycznem 630 mm, w porównaniu do tegoż w Krakowie 740 mm.) warunki odżywiania narządów oddechowych i krążenia, a czystość powietrza od pyłu i zarodników zmniejsza nieżyt w zajętych drogach oddechowych, jednak wówczas były te czynniki wyzyskiwane w czasie sezonu letniego, gdyż według tradycyi posyłania suchotników do Włoch przypisywano ciepłemu powietrzu główną przyczynę wyników dobrych tu osiągniętych. Lecz gdy dostrzeżono, że w czasie zimowych miesięcy pogoda jest najstalszą, niebo trwale pogodne, a promieniowanie słońca jest tak znaczne, że dostatecznie ogrzewa powierzchnię ciała, aby módz się po śniegu swobodnie przechadzać tylko w lekkiem okryciu, jak długo słońce przyświeca, a powietrze staje się jeszcze czyściejszem, niż latem, pozostawiono chorych przybywających na sezon letni także i przez zimę, co się okazało również korzystnem dla nich jak pobyt letni. W ten sposób zamienił się Davos równocześnie na miejsce klimatyczne zimowe, nie mające dotąd równego sobie na ziemi. Podczas gdy w roku 1879 ilość gości wynosiła tylko 2000, dosięga ona obecnie liczby 10.000 rocznie. W miarę zwiększającej się liczby chorych, przebywających przez zimę, zwiększyła się znacznie ilość domów i polepszyły się urządzenia tychże. Przy budowie pierwotnych domów, przeznaczonych na letnie mieszkania, nie wiele zważano na położenie tychże. Obecnie powstały całe szeregi wil i hoteli, mających główny front ku południowi, a opatrzonych balkonami. Zaczęto również zakładać ogrody, aby umożliwić ciężko chorym przebywanie w świeżem powietrzu, jednak urządzenie takowych przedstawia w téj alpejskiéj krainie wielkie trudności, gdyż drzewa liściowe tu się już nie udają i tylko z wielkiemi zachodami w stanie karłowatym utrzymywane być mogą. Dziś przedstawia się Davos jako miasteczko schludne, posiadające oświetlenie elektryczne, wodociągi, doskonałą kanalizacyję, piękne przechadzki wzorowo utrzymywane, a nawet własną linije kolejową, łączącą przedtem trudno dostępną krainę ze siecią kolei szwajcarskich, połączonych z koleją arulańską. Przed 12 laty był Davos tylko piękną wioską szwajcarską, składającą się z kilkudziesięciu domów wieśniaczych i kilku rozrzuconych hoteli. Dzisiejszy postęp wykonała przedsiębiorczość szwajcarska, która więcéj liczy na korzyści pośrednie, niż bezpośrednie.

Inny jeszcze bardzo ważny postęp z ostatnich lat należy dla wiadomości lekarzy zanotować. Dotąd chorzy przebywali wyłącznie w hotelach albo wynajętych wilach i tu zasięgali według upodobania rady lekarskiéj lub też nie. Sposób dowolnego umieszczania się chorych, nieracyjonalny wybór odzieży, żywienia się i mieszkania, niestósowne i szkodliwe wysiłki w przechadzkach i zabawach, wogóle unikanie kontroli lekarskiéj stanowią jedną z głównych przyczyn niekorzystnych przebiegów, a czasem zejścia śmiertelnego. Suchotnicy bowiem, jak to Brehmer słusznie zauważył, nazywając ich „lekkomyślnym narodem“, są do wybryków zbyt skłonni. Obecnie istnieje i tu zakład pod zarządem lekarza pod firmą: „Dr. Turbans Sanatorium“, gdzie chorzy bezustannie zostają pod nadzorem lekarskim. Zakład ten jest urządzony na wzór zakładu Brehmera w Görbersdorfie. Przy budowie zakładu wyzyskano jak najracyjonalniéj położenie umieszczając mieszkalne pokoje ku południowi. Wewnętrzne urządzenie nie pozostawia tak co do higieny jak i kompletu niczego do życzenia. Główne czynniki lecznicze zakładu stanowią oddychanie wolnem świeżem powietrzem (*Freiluftathmung*) przez jak największą ilość godzin dnia i nadmiarowe żywienie. Co do pierwszego, to umożliwionem ono jest w każdéj porze dnia przez pobyt na długich terasach i balkonach stósownie urządzonych i dobrze ochronionych. Tu powinien chory na wygodnie wysłanych szeslongach w pozycyi na wpół leżącéj większą część dnia przebywać. Przy takiem urządzeniu ponakrywani kocami pozostają chorzy nawet w zimie na wolnem powietrzu do godziny 9 téj wieczorem. Skuteczność tego pozostawiania chorych na wolnem powietrzu w zimie okazała się między innemi w tem, że ono działa na ustrój jako *tonicum*. w szczególności pobudza silnie łaknienie, a u wielu suchotników usuwa stan gorączkowy i poty. Wyzyskania oddychania wolnem powietrzem nie przedstawia żaden z tutejszych domów dla braku stósownego urządzenia w téj mierze, co sanatorium Dra Turbana. Żywienie chorych odbywa się pięć razy dziennie. Pokarmy są według mego doświadczenia jakości przedniéj, w ilości ograniczonéj tylko łaknieniem chorych, przy codziennéj zmianie potraw dla podrażnienia łaknienia. Wielką wagę kładzie kierujący lekarz na używanie bardzo dobrego mleka alpejskiego i mięszanych pokarmów. Oprócz tego stósownie do przypadku bywają w zakładzie używane i leki, nacierania suche i wilgotne, natryski, wdychiwania, gimnastyka itp. Racyjonalnem jest urządzenie, że należytość za poradę lekarską, leki, rękoczyny lecznicze itd., na których chorzy najczęściéj oszczędności zwykli czynić, są wliczone w codzienną pensyję bez bliższego wymienienia. Spodziewać się należy, że zakład powyższy, posiadający korzystniejsze warunki klimatyczne niż görbersdorfski, wyda także i wyniki jeszcze lepsze. Dla lekarza, który swego pacyjenta nie na los szczęścia, lecz pod stałą opiekę i nadzór lekarski, którego poczucie chorego psychicznie wzmacnia, oddać zamierza, wymienione sanatorium musi być wielce pożądanem. Jest ono jednak dostępnem tylko zamożniejszym, gdyż wymaga wydatku 6—7 złr. dziennie.

O skuteczności tutejszego pobytu dla suchotników nie ma wprawdzie dotąd dat statystycznych. Lecz przedstawia ją lepiéj jeszcze tutejsza ludność, która obecnie prawie całkiem jest napływową i powstała przez osiedlenie się suchotników tu wyleczonych (o ile o wyleczeniu mowa być może), pochodzących przeważnie z Niemiec. Pytając się po kolei lekarza, aptekarza, rzemieślnika, kupca, hoteliera aż do skrapiacza ulic, skądby byli i w jaki sposób się tu dostali, dowiadujemy się, że przed x laty przybył do Davos jako pacyjent w stanie rozpaczliwym, a obecnie jest zdrowym, ma tu rodzinę i zdrowe dzieci.

Dzisiejszy tak potężnie urosły Davos mógł się przy dokonanem połączeniu kolejowem pokusić o podjęcie tegorocznego 73 Zjazdu przyrodników i lekarzy szwajcarskich, który się odbył 19—21 sierpnia b. r. Zebrało się na nim przeszło 160 uczestników szwajcarskich i kilku obcych, a między tymi i nasz kolega Dr. Sokołowski z Warszawy, który obecne lato poświęcił studyjom alpejskich miejsc klimatycznych. Na posiedzeniach Zjazdu poruszono wiele ciekawych i ważnych kwestyj. Z ogólnych wykładów zyskał uznanie wykład profesora Brücknera z Berna o klimacie w okresie lodowym i francuski wykład prof. Beranecka z Neuchâtel o rozwoju oka u kręgowców. Sekcyja lekarska przedstawioną była przez 50 uczestników pod przewodnictwem prof. Sahliego z Berna. Z wygłoszonych w téj sekcyi odczytów notujemy wykład L. Spenglera o leczeniu radykalnem i chirurgicznem suchot płucnych. Na podstawie przedstawionego szczęśliwie operowanego przypadku gruźliczego *pyopneumothorax* radzi prelegent zawsze uciekać się do zabiegu chirurgicznego, nietylko w podobnych przypadkach, ale i przy wykryciu jam gruźliczych w płucach. W końcu zwrócił uwagę prelegent na tę okoliczność, że najlepsze wyniki wydaje leczenie suchot płucnych w klimacie wysokogórskim, chociaż nie wiemy właściwie, który z czynników wywiera terapeutyczne działanie, czy zmniejszone ciśnienie, czy rozrzedzone powietrze, czy też jego czystość lub suchość, a może nawet niska ciepłota. W dyskusyi zauważył między innemi Dr. Sokołowski, że *pneumothorax* gruźliczy może sam się wyleczyć, dlatego zabieg chirurgiczny nie jest zawsze wskazany. Co się zaś dotyczy leczenia chirurgicznego jam, to ono jest nieracyjonalnem, gdyż jeżeli się znajduje powierzchowna, łatwo wykazać się dająca jama, to takowych może być w miąższu płucnym rozsianych więcéj, chociaż nie dają przy badaniu objawów fizycznych. Prof. Kaufmann

uczynił wzmiankę, że gruźlica kości według jego spostrzeżeń przebiega w ten sam sposób w górach, jak i w nizinach.

Następnie wygłosił Dr. A. Sokołowski z Warszawy wykład o przebiegu suchot płucnych przy obecności dyjatezy uratycznéj. Na podstawie własnych obserwacyj na szeregu przypadków wykazał prelegent, że u osób z dyjatezą uratyczną przebiegają suchoty płucne nie pod formą rozpadu serowatego, lecz sprawa chorobowa przybiera postać łącznotkankową (*phthisis fibrosa*), przebiega przez szereg lat i daje szanse względnego wyleczenia. Mocz u tego rodzaju chorych przedstawia wysoką kwasotę i zdarzają się nie rzadko przypadki kolki nerkowéj. Po tym odczycie bardzo życzliwie przyjętym wywiązała się zajmująca dyskusyja. Między innemi zauważył prof. Sahli, że przytoczone przez prelegenta przypadki się zdarzają i na nie należy w przyszłości większą zwracać uwagę, bo tu chodzi prawdopodobnie o zmianę alkaliczności krwi, która zmienia warunki rozwoju laseczników gruźliczych, a które to sprawy czekają jeszcze wyjaśnienia przez obecnie toczące się doświadczenia.

Dr. Volland z Davos-Dörfli mówił o przesadnéj obawie przed zaraźliwością suchot płucnych. Prelegent twierdził, że doświadczenia Corneta wykazują (?), że lasecznik gruźliczy we większéj odległości od chorego się nie znajduje, że tenże z plwocin w powietrze dostać się nie może (?), a zaraźliwość dla dorosłych przez wdychanie lasecznika nie istnieje, chyba u dzieci, które wprowadzają nieoględnie pył palcami do nosa i ust, skąd powstają gruczoły zołzowate, a dopiero z tych dostaje się zarazek drogą naczyń limfatycznych do płuc, jeżeli w późniejszym wieku odżywienie ustroju podupadło. Wyraz zdziwienia nad temi twierdzeniami, ani obserwacyją, ani doświadczeniami przez prelegenta niepopartemi, dali w dyskusyi Dr. Turban i Prof. Sahli. Odczyt prelegenta odpowiada zupełnie intencyjom tutejszych hotelierów i właścicieli domów czynszowych, którzy twierdzą, że specyjalnie w Davos (! suchoty płucne nie są zaraźliwe. To zapatrywanie było także powodem nieprzyjemnego zajścia dla mnie. Przyjechawszy do Davos w towarzystwie osoby zupełnie zdrowéj do hotelu, w którym od 25 laty przebywają suchotnicy, poleciłem jéj dla ostrożności, aby zamieszkała w innym domu, w którym jeszcze chorzy nie mieszkali. Właściciel hotelu, zresztą inteligenty człowiek, zawyrokował jednak, że albo osoba przynależna musi także mieszkać w hotelu, albo ja tenże mam opuścić, gdyż infekcyja w Davos nie ma miejsca, a dążeniem tutejszych mieszkańców jest, aby przyciągnąć i zdrowych na odpoczynek w sezonie letnim, kiedy hotele są próżne: gdyby zaś się dowiedziano, że lekarz wysyła z hotelu zdrową osobę z obawy przed infekcyją, toby nikt zdrowy do Davos nie zaglądnął.

W końcu przedstawił prof. Kaufmann z Zurychu zajmujący przypadek wola, wyleczonego bez zabiegu chirurgicznego. Chory dotyczący przybył do prelegenta z objawami bardzo znacznego obustronnego *struma*, które przy punkcyi okazało się jako *struma parenchymatosa*. Prelegent uważał wole jako nie dające się operować i odesłał chorego do domu, gdzie tenże z porady owczarza robił przez sześć tygodni tak gorące kataplazmy, jak tylko mógł wytrzymać. Poczem zrobiła się przetoka, z któréj wypływała ciecz przez kilka dni. Obecnie przedstawiony chory okazuje zamiast wola spory zwieszający się fałd skóry.

We wolnych chwilach od zajęć sekcyjnych zwiedzali członkowie różne lecznicze, naukowe i dobroczynne zakłady Davosu; jak: wzorowo prowadzony pensyjonat wychowawczy tak zwane Fredericianum; zakład dobroczynny dla niezamożnych chorych czyli Diaconissenanstalt i Sanatorium Dra Turbana, szpital miejscowy, zakład des infekcyjny, urządzenia kanalizacyjne i wodociągowe. Nadto sekcyje: botaniczna i geologiczna przedsięwzięły wycieczki w okoliczne góry; tylko tak zwana „Erdbebencommission“ nie miała się gdzie udać, ani nie mogła na szczęście złożyć rocznego sprawozdania ze swych badań. Nie brakło czasu i na przyjemności rozrywki, jak na wycieczki połączone ze zabawami w uroczych okolicach alpejskich, oraz na wspaniałe bankiety. Z całego pobytu wynieśli uczestnicy niezwykle mile wspomnienie nietylko o owéj wspaniałéj górskiéj miejscowości, ale też i serdecznéj gościnności jéj mieszkańców, zwłaszcza, jeżeli się zważy, że karta uczestnictwa kosztowała tylko 15 franków, a uprawniała do bezpłatnego trzydniowego korzystania z mieszkania, obiadów, festynów i wycieczek.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 18 września. Z d. 1 października rozpoczyna się urzędowo rok szkolny w Uniw. Jagiell. Rektorem w roku szkolnym 1890/1 będzie prof. Wydziału filozof. Dr. Zakrzewski, prorektorem prof. Korczyński. W skład kolegium profesorów Wydziału lek., którego dziekanem będzie prof. Rydel, a poddziekanim prof. Łazarski, wchodzi 11 profesorów zwyczajnych, 5 profesorów nadzwyczajnych i dwóch delegatów docentów prywatnych. Oprócz nich należy jeszcze do grona nauczycielskiego 5 profesorów nadzwyczajnych i 9 docentów prywatnych; wreszcie ustanowionych jest przy Wydziale lek. 19 asystentów i demonstratorów. W spisie wykładów po raz pierwszy napotykamy obok wykładów na Wydziale filozoficznym pod napisem „Studyjum rolnicze. Półrocze I“ 9 wykładów, odbyć się mających przez 6 prelegentów.

* W Cieplicach czeskich było do d. 3 bm. gości 6507.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Paryż.** Mianowani: Dr. Tillaux i Dr. le Dentu profesorami chirurgii. — **Florencyja.** Dr. Chiarugi zw. profesorem anatomii. — **Neapol.** Dr. Bianchi z Palermo nadzw. profesorem psychijatryi. — **Monachijum.** Docent prywatny Dr. Messarer mianowany został nadzw. profesorem medycyny sądowéj.

* **Nekrologija.** W Belfast umarł w 81 roku życia słynny okulista angielski Dr. Samuel Browne. Był on w roku 1870 burmistrzem Belfastu, a syn jego jest obecnie dyrektorem kliniki okulistycznéj tamże; w Miechowie umarł lekarz Henryk Jeliński, przeżywszy lat 79, na wsi zaś w Król. Polskiem b. ordynator szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie, Teofil Zdzieński. W Pradze czeskiéj umarł z gruźlicy w 28 roku życia Dr. Franciszek Sumbera, b. asystent proff. Hlavy i Schwinga, autor licznych prac z dziedziny anatomii patologicznéj, lekarz piękne rokujący nadzieje.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 36 i 37. Radziszewskiego: Notatki z kazuistyki położniczéj wiejskiéj (c. d.); w *Gaz. Lek.* Nr. 36: Dmochowskiego: Nowy sposób ilościowego określania acetonu w moczu; Puławskiego: Bulimija w następstwie wstrząśnienia mózgu.

Redakcyja otrzymała:

Sprawozdanie c. k. krajowéj Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1888, Lwów 1890, in 4-to str. 56. — Dr. K. SZADEK: Index Bibliographicus Dermatologiae 1. Jahrg. za r. 1888, Hamburg u. Leipzig 1890 in 8 vo str. 81. — Tenże: Die therap. Verwendb. d. Jodols (odbitka z *W. med. Presse* 1890), in 8-vo str. 16. Tenże: Die Behandl. d. Syph. m. Hydr. thymolo-acet. (odbitka z *W. med. Woch.* 1890) in 8-vo str. 6. — Tenże: Ü. Behandl. d. Syph. m. Quecksilbersalicylat (odbitka z *W. klin. Woch.* 1890) str. 13. — Tenże: To samo po angielsku (odbitka z *Med. a. Surg. Reporter* 1890) in 8-vo str. 6. — Dr. Stella SAWICKI: Walka z mikrobami. (Od. z *Kosmosu* 1890) in 8-vo str. 9. — Dr. B. WICHERKIEWICZ: Inflammation de la sclérotique provoq. p. un corps étranger. (Odbitka z *Revue gén. d'Ophtalm.*) Paris 1890, in 8-vo, str. 6. — BARANOWSKI i SZPILMAN: Hygijena przystępnie ułożona. Lwów 1891, in 8-vo, str. 320. — NOISZEWSKI: Die Behandlung d. chron. Trachoms. Conjunctiva plastica. (Odbitka z *Centralbl. f. pract. Augenh.* 1890) in 8-vo stt. 3. — Dr. J. SCHAITTER: O szkodliwości wilgotnych mieszkań. (Odbitka z *Przewodnika Higijen.* 1890) in 8-vo, str. 23.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 1104. **KONKURS.**

Celem obsadzenia prowizorycznéj posady lekarza miejskiego do pełnienia służby zdrowia, oględzin zwłok, oględzin bydła na rzeź i w celu wydania paszportów, tudzież do dozorowania targów na bydło w gminie miasta Andrychowa rozpisuje się niniejszem konkurs.

Płaca roczna za pełnienie służby zdrowia i oględziny zwłok 300 złr., a za oględziny bydła i dozorowanie targów wynagrodzenie roczne w kwocie 100 złr.

Ubiegający się o tę posadę wnieść mają najpóźniéj do 25 września 1890 swe udokumentowane i ostęplowane podania na ręce urzędu gminnego miasta Andrychowa. 105—3—3

Andrychów, d. 31 sierpnia 1890. Burmistrz: *Pukalski.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 27 Września 1890. Nr. 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Mięsak rogówki.

Podał
Dr. med. Konrad Rumszewicz w Kijowie.

Już Classen w r. 1870 (*Arch. f. pathologische Anatomie* 50, str. 56), przyznaje dwie główne formy nowotworów rogówki: czarny mięsak i rak nabłonkowy, oba powstające w okolicy rąbka spojówki. Nowsze opisy nowotworów w obrębie rogówki spostrzeganych również wyraźnie wskazują rąbek spojówki jako miejsce, z którego wyłącznie nowotwory złośliwe powstają i dopiero następnie przechodzą na samą rogówkę. W istocie w miejscu, gdzie błona Bowmana przechodzi w podścielisko właściwéj tkanki spojówkowéj, nabłonek jest zawsze bardziéj wielowarstwowy, tworzy nadto zagłębienia, jakby fałdy. Zagłębienia te napotykamy nietylko u dorosłych, ale i u płodów, nawet dość wczesnych okresów rozwoju. Materyjał nabłonkowy znajduje się tu zatem w większéj obfitości, nic więc dziwnego, że miejsce to pospolicie bywa siedliskiem nowotworów nabłonkowych.

Początkowo najczęściéj spostrzegać się daje plama czerwona na spojówce gałki nieopodal brzegu rogówki, równa lub wzniesiona ponad poziom, przypominająca zapalenie pryszczykowe. W późniejszych okresach, gdy nowotwór znacznie się rozrasta, początkowe pochodzenie jego określić o wiele jest trudniéj; wszakże i w tych razach zawsze dowieść można było, iż początkowo nowotwór powstał w obrębie rąbka. Tak w przypadku Althofa (*Arch. f. Ophthalm.* VIII., 1 str. 137), rakowiec, chociaż zajmował całą rogówkę, powstał jednak z rąbka spojówkowego, w okolicy brzegu zewnętrznego. W przypadku raka czarnego, opisanym przez Hirschberga, jakkolwiek nowotwór był szeroko na rogówce osadzony, jednakże w okolicy rąbka posełał liczne korzenie ku spójówce. W jednym przypadku Schmida (*Arch. f. Ophthalm.* VIII., 2, str. 115) nowotwór (prawdopodobnie biały mięsak) zajmował całą rogówkę, a jednak badanie drobnowidowe udowodniło rozwój jego z okolic rąbka. Wytłomaczyć jednak powstawanie mięsaków również wyłącznie z okolicy rąbka jest już nieco trudniéj. Nadto mamy jeszcze przez Schöbla (*Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde* 1886, September-Heft), opisany przypadek nowotworu nabłonkowego (raka), powstałego pod nabłonkiem i pod błoną Bowmana. Wszakże i w tym nawet przypadku nowotwór początkowo prawdopodobnie powstał w spojówce, chociaż wyniki badania drobnowidowego pod tym względem nie są dość szczegółowe.

Dołżenkow (*Wiestnik Oftalmologii*, 1885, str. 23 po ros.) pod nazwą *cancroid corneae* opisał guz w postaci kalafiora, szerokości u podstawy 12—14 mm. mający, wysokości 12 mm., w kształcie grzybka na gałkę z przodu nasadzonego. Grzybek sam znacznie jeszcze był większy i pokrywał gałkę na znacznéj przestrzeni, jednakże badanie za pomocą sondy dokonane wykazało, że kapelusz grzybka ku górze, ku zewnątrz i ku dołowi znajdował się obok samego brzegu rogówki, a w spojówce w tych miejscach żadnych zmian nie spostrzegano; przeciwnie ku wewnątrz spojówka gałki na niewielkiéj zresztą przestrzeni była zgrubiałą i jakby zanurzała się do nowotworu, który w tem miejscu, jak cięcia udowodniły, na przestrzeni 4 mm. od brzegu rogówki, tworzył klin skierowany pomiędzy białkówkę a spojówkę. Cokolwiek niżéj, również na niewielkiéj przestrzeni, nieopodal podstawy, kapelusz nowotworu był znowuż zrośnięty ze spojówką. W miejscu rogówki i tęczówki podstawę nowotworu stanowiła tylko cienka warstwa „tkanki bliznowéj;“ soczewki w gałce wcale nie było. Jakkolwiek w tym przypadku nowotwór zajmował wyłącznie prawie okolicę rogówki, jednakże wywiady dowiodły, iż w początku cierpienia chory „spostrzegał czerwoność na wewnętrznéj części gałki lewego oka“. Zresztą na str. 29 autor sam z tem się wypowiada, że nazywając przypadek swój *cancroid corneae*, bynajmniéj nie chciał przesądzać o początkowem miejscu rozwoju nowotworu. Co do nas, powiemy chyba, że jakkolwiek w przypadku tym rakowiec doszedł do nadzwyczajnych wymiarów, gdyż zajął całą rogówkę, wszakże dane przez samego autora przytoczone dowodzą tylko słuszności poglądu ogólnego, iż nowotwory rogówki powstają początkowo li tylko w okolicy rąbka spojówkowego. Jednakże zdanie to o tyle tylko za usprawiedliwione uważać możemy, o ile dotyczy ono złośliwych nowotworów ro-

gówki, gdyż z łagodnemi rzecz się ma inaczéj. Dodam, że te ostatnie, o ile z liczby podanych wnosić możemy, bardzo są nieliczne. Adler (*Wiener med. Wochenschrift*, 1871, str. 237) opisał nowotwór 2‴ średnicy mający, położony cokolwiek ku wewnątrz od środka rogówki, w innych częściach zupełnie zresztą prawidłowe. Badanie drobnowidowe przez Wedla po wycięciu narośli dokonane, orzekło: nowotwór stanowił rozrost tkanki łącznéj, który pozostał na stopniu tkanki płodowéj; był to więc śluzak. Powstał nowotwór w obrębie saméj rogówki, od spojówki zmierzały ku niemu liczne grube naczynia, rósł u młodéj dziewczyny w ciągu 12 lat. Del Toro (*La cronica ottalm.* 1877) opisał znacznych rozmiarów torbiel w obrębie rogówki powstały.

Następnie w literaturze napotykamy opisy trzech przypadków włókniaków rogówki. Pierwszy przypadek podali Quaglino i Guaita (*Annali di ottalmologia* VIII., str. 254, r. 1879). Z krótkiego streszczenia w roczniku Nagela tyle się tylko dowiedziałem, że po wycięciu nowotworu nastąpiła recydywa. Drugi przypadek opisał Falchi (*Clinica ottalm. della R. Univ. di Torino* 1884). U 28-letniego mężczyzny, blado-czerwony, gładki, wielkości 6:3 mm. nowotwór znajdował się w dolnéj połowie rogówki, naprzeciwko brzegu źrenicznego, a ku dołowi nie dochodził do brzegu rogówki. Po dokonanéj operacyi recydywy nie było. Wreszcie trzeci przypadek włókniaka rogówki podał Berson (*The Ophth. Review*, January 1887). Rozwinął się on tu bez żadnego podrażnienia w ciągu 3 lat u 19 letniéj zdrowéj dziewczyny i miał postać białego guza, w środku rogówki położonego, który doszedł wielkości 4 mm. i na pierwszy rzut oka wyglądał jak bielmo. Po operacyi nastąpiła recydywa, jednakże rozmiary nowotworu znacznie mniejsze były, niż poprzednio. Daléj napotykamy opisy brodawczaków rogówki. Przypadek taki opisał A. Raggi (*Rivista clin.*, 37, r. 1870), lecz szczegóły jego nie są mi znane. Gayet spostrzegał dwa przypadki brodawczaków saméj rogówki, z których jeden tylko (*Lyon médical* XXXII., str. 50 r. 1879) znany mi jest dokładniéj. U 67-letniego mężczyzny w ciągu dwóch lat powstał nowotwór, który zajął całą prawie lewą rogówkę, prócz nieznacznéj części brzegu zewnętrznego i idącego od tego brzegu pasemka ku środkowi. Nowotwór był spłaszczony, barwy szarawo-żółtéj, wzrok $^1/_{\infty}$. Badanie drobnowidowe wyciętéj cząstki dowiodło *des papilles parfaitement organisées, occupant la place de la membrane de Bowmann sous l'épithelium, qu'elles avaient soulevé*. Dokonano wycięcia fałdu spojówki do koła rogówki, poczem zasypano proszkiem ałunu. Po upływie dwóch miesięcy wzrok podniósł się do $V = {}^1/_4$. Co prawda Dor (posiedzenie Lyjońskie w lipcu r. 1879) zaprzeczał, że w przypadku tym w istocie był brodawczak i upewniał nadto, iż nowotwór koniecznie początkowo powstać musiał ze spojówki.

Przypadek, który tu zaraz opiszę, zasługuje na uwagę ze względu, że mieliśmy złośliwy nowotwór, powstały w saméj rogówce. Wywiady dostarczyły nader szczupłych danych. Włościanin A. Oniszczuk 61-letni, przed półtora rokiem został uderzony w głowę o tyle silnie, że nastąpił obfity krwotok z „prawego oka“ i z prawego ucha i stracił przytomność. Utrzymuje, iż od tego czasu widział prawem okiem znacznie gorzéj. Przed rokiem znowu został silnie uderzonym w prawą połowę głowy, poczem znowu nastąpił obfity krwotok z „prawego oka“ i zupełnie na to oko zaniewidział, jednocześnie jakoby gałka zaczęła „wysuwać się“ ze szczeliny powiek tak, iż chory z trudnością oko przymykał. Tyle tylko dowiedzieć się mogłem od chorego; utrzymywał on jednak stanowczo, iż plamy czerwonéj na gałce ani też pryszcza nigdy nie spostrzegał, natomiast już od dwóch lat na „człowieczku“ było „bielmo“, które to właśnie stopniowo się rozrosło aż powstała ta oto „szyszka“. Dość często doświadczał bólów rzęskowych z prawej strony.

Przy pierwszem spojrzeniu spostrzegamy w prawéj szparze powiekowéj żółtawo różową narośl, cokolwiek wysuniętą z saméj szpary, chociaż przy pewnym wysiłku chory jest w stanie zupełnie przymknąć powieki. Powierzchnia guza dość jest równą, spostrzegamy jednak na niéj zmierzające w wielu kierunkach nieliczne, a niegłębokie bróżdy, w niektórych miejscach zapiekłą krwią przykryte. Guz przy dotknięciu jest względnie miękki. Ruchy gałki zupełnie prawidłowe, wrażenie światła należycie przechowane.

Przy dokładniejszem badaniu znalazłem: powieki (zarówno skóra jakoteż spojówka ich) zupełnie prawidłowe, spojówka gałki blada, tylko bliżéj rąbka, w obrębie pasemka około 4 mm. szerokości mającego cokolwiek przekrwiona i jednocześnie dość znacznie zgrubiała. Przy użyciu sondy przekonaliśmy się, iż w obrębie górnego i zewnętrznego wycinka takowa dochodziła do brzegu rogówki, gdzieindziéj pomiędzy guzem a rogówką wszędzie mogliśmy przeprowadzić ją przeszło o 1 mm., w okolicy zaś dolnego i wewnętrznego wycinka gałki sondę swobodnie mogliśmy przesunąć przeszło o 3 mm., a nadto przekonać się, iż w tem miejscu rogówka była nawet zupełnie przeźroczystą. Dotykanie nowotworu sondą krwotoku nie wywoływało, naprężenie gałki było prawidłowe, odpowiednie gruczoły limfatyczne nie były obrzmiałe. Dyjagnoza kliniczna: ze względu na wejrzenie zewnętrzne rakowiec, może nawet w obrębie li tylko saméj rogówki powstały. W kilka dni po pierwszych oględzinach chorego przystąpiłem do wyłuszczenia gałki, które też według zwykłego sposobu wykonałem, pamiętałem wszakże dokonać obcięcia spojówki (*circumcisio*) nie obok samego brzegu rogówki, lecz przeszło o 3 mm. od tegoż ku zewnątrz, a to ze względu, że spojówka gałki obok brzegu rogówki, jak powiedziałem już, była przekrwioną i zgrubiałą. Krwotok bynajmniéj nie był obfity, a przebieg gojenia o tyle prawidłowy, że chory w tydzień po operacyi wyjechał do domu. Późniejszych wieści o nim już więcéj nie miałem.

Wyłuszczoną gałkę przechowałem w płynie Müllera, następnie w wyskoku. Poziome cięcie gałki podaję na załączonéj rycinie. W białkówce, naczyniówce, tęczówce, siatkówce i nerwie wzrokowym, jakoteż w ciele szklanem i soczewce żadnych zgoła zmian nie spostrzegamy. Długość przednio tylnéj osi gałki wynosi 29·5 mm., z których to 22 mm. przypadają na część jéj od bieguna tylnego do brzegu wewnętrznego rogówki, zaś część jéj od brzegu wewnętrznego rogówki do przedniéj powierzchni narośli wynosi 7·5 mm. Grubość narośli wszędzie prawie jest jednostajną, tylko ku brzegowi jéj nieco mniejszą się staje. Na cięciu nowotworu w kierunku poziomego południka gałki wykonanem spostrzegamy gołem okiem liczne a niezbyt wyraźne cienkie pasemka, zmierzające w kierunku promienistym.

Górną połowę gałki zawarłem do celoidyny, dolną zaś, podzieliwszy poprzednio na części drobniejsze, badałem w parafinie. Pozostały górny wycinek górnéj połowy gałki badałem znów osobno na cięciach poprzecznych, a w ten sposób wykonałem cięcia literalnie przez wszystkie części guza. (C. d. n.).

II. O nerwicach urazowych.

Podał

Doc. Dr. Gustaw Piotrowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38).

Zakres niniejszéj pracy nie dozwala mi również podać całego szeregu objawów nadzwyczaj obfitych i różnorodnych, muszę się tylko ograniczyć do najcharakteryczniejszych, oświecających pojęcie choroby i różnice w zapatrywaniach co do jéj istoty szkoły francuskiéj, oraz niemieckiéj.

Choroba ta rozwija się po urazach, jako to gwałtownych wstrząśnieniach przy zderzeniu się lub wykolejeniu pociągów, upadku ze znacznéj wysokości, n. p. z dachu, drabiny, spa-

dnięcia z konia, po silnem uderzeniu w głowę, w ramię itd· przez spadające belki, cegły lub inne przedmioty, po wybuchach gazowych, po uderzeniu pioruna, przy trzęsieniu ziemi, w końcu i wskutek samego przestrachu nawet bez urazu mechanicznego.

Oczywiście nie mam tutaj zamiaru opisywać uszkodzeń anatomicznych, ani nawet cierpień w zakresie narządu mózgo-rdzeniowego z podstawą anatomiczną, jakie się czasem w podobnych przypadkach rozwijają, jak np. *tabes dorsalis, sclerosis disseminata* itd. Pragnę jedynie opisać szereg zboczeń wyłącznie przyrody czynnościowej, a więc chorobę *sine materia*, jak Francuzi nazywają „*dynamique*“. Objawy te występują albo ostro, natychmiast po wstrząsie trwającym kilka godzin do kilku dni, lub też dopiero powoli, po dłuższym czasie, bo nawet po kilku miesiącach. Chory popada w silne rozdrażnienie, jest niespokojny, już to przygnębiony, już to podniecony, trwożliwy, jednem słowem okazuje rozstrój melancholijny i hipochondryczny. Występuje bezsenność, zawroty głowy, przytem charakterystyczne obawy, jak np. obawa wchodzenia na rusztowanie po upadku z tegoż, dosiadania konia lub jazdy koleją żelazną. Z tego powodu nawet wziął Rigler pochop do ochrzcenia choroby mianem *Siderodromophobia*. Zgadzam się zupełnie z prof. Blumenstokiem, że nazwa ta jest dziwaczna, jako powzięta od jednego tylko objawu, wyrwanego z pośród wielu innych ważniejszych, oraz, że możliwość udawania tegoż jest nader łatwa. Nadmienić jednak muszę, że objawu tego nie można zredukować do zwykłego wstrętu, jaki się czuje przez czas pewien po przebyciu katastrofy kolejowej. Objaw ten jest nieraz nadzwyczaj spotęgowanym, silniejszym aniżeli np. *agoraphobia* u neurasteników, osoba dotknięta nim doznaje przytem zawrotu głowy, ciśnienia w okolicy serca, tętno i oddech są przyspieszone, źrenice rozszerzone, twarz blada i pokryta kroplami potu. Następnie spostrzegać można cały szereg zaburzeń w zakresie czucia. Chorzy doznają bólów już to w miejscu urazu, już to ściskania w pasie jakby obręczą, itd. Nader charakterystyczne są porażenia połowicze czucia, bądź to dotyku, bądź też bólu.

Pole widzenia jest nader często ścieśnione dla przedmiotów, częściej jednak dla barw i to zazwyczaj po téj saméj stronie, po której jest porażenie czucia. Widzenie środkowe rzadko ulega zmianie.

Odruchy źrenic, skórne i ścięgniste zachowują się nader rozmaicie, czasem są obniżone, częściej wygórowane. Nadmienić muszę tutaj, że odruch kolanowy nie bywa nigdy zniesionym.

Co się tyczy ruchów, to napotykamy tutaj najróżnorodniejsze zaburzenia, a więc już to porażenia połowicze, już też pojedynczych członków tak wiotkie, jak i kurczowe, oraz najrozmaitsze zmiany w chodzie. Nierzadko spotkać się można z objawem nieróżniącym się w niczem od objawu Romberga we wiądzie pacierzowym. Drżenie bądź to ogólne, bądź też ręki, nogi, lub głowy samej, często się napotyka.

Z zaburzeń mowy występuje czasem znaczne zwolnienie, a francuscy autorowie podają nawet przypadki zupełnej niemoty. Zmiany w zakresie innych nerwów mózgowych są nader rzadkie, wyjątkowo tylko tyczą się nerwu okoruchowego.

W zakresie nerwów serca i naczyń jest bardzo częstą nadmierna ich pobudliwość. Tętno zwykle nadzwyczaj przyspieszone staje się jeszcze częstszem za najmniejszą podnietą. Chory doznaje uczucia bicia serca połączonego z dusznością i trwogą. Narząd trawienia ulega też zaburzeniom. Występuje często zaparcie stolca, Page zaś obserwował silne rozwolnienie.

W narządzie moczo-płciowym napotyka się zatrzymanie moczu lub też bezwiedne oddawanie tegoż, oraz wygaśnięcie popędu i siły płciowej.

Sekcyje, jakie miano sposobność wykonać w podobnych przypadkach, nie wykazały albo żadnych zmian w mózgu i rdzeniu, lub też tylko tak nieznaczne, iż żadną miarą nie można było do nich odnieść tak ciężkich objawów. Dopiero w najnowszym czasie pojawiło się kilka sekcyj zasługujących na bliższą uwagę, a mianowicie Dra Sperlinga i Kronthala: *Eine traumatische Neurose mit Sectionsbefund. Neurolog. Centralblatt, 1889. Nr. 328 i 351*, oraz Bernhardta i Krouthala: *Fall von sogenannter traumatischer Neurose mit Sectionsbefund. Neurol. Centralblatt 1890 Nr. 103.* W obu tych razach znaleźli oni miażdżycę układu tętniczego z przeważnym udziałem tętnic mózgu i rdzenia, a prócz tego pewne swoistego rodzaju wysepkowate zwyrodnienia we wszystkich częściach istoty białej. Zaznaczam ten szczegół, ponieważ Oppenheim zauważył rozwijanie się miażdżycy tętnic obok nerwic po urazach. Z drugiej zaś strony podobne zmiany znalazł Borgherini w chorobie Parkinsona (*Paralysis agitans*) i opisał w *Rioista sperimentale di Freniatria e di Medicina legale, 1889. XV.* pt. *Della paralisi agitante* oraz w *Wiener Med. Wochenschrift: Ueber Paralysis Agitans 1890.* Sekcyja wykazała tutaj pokręcenie i rozszerzenie wszystkich mniejszych naczyń tętniczych, tętniaki prosówkowe, zgrubienie ścian naczyniowych i rozszerzenie przestworów okołonaczyniowych w mózgu, móżdżku, rdzeniu, w splocie nerwu współczulnogo i w nerwach obwodowych. Podobieństwo to musi tem więcej dać do zastanowienia, że choroba Parkinsona rozwija się dość często po gwałtowniejszych wstrząśnieniach. W każdym razie spostrzeżenia te są jeszcze niewystarczające, aby na nich jakieś poważniejsze wnioski budować. Przy obecnym więc stanie nauki musimy uważać zaburzenia układu nerwowego po urazach za zmiany wyłącznie czynnościowe.

Do jakiego rzędu należy je zaliczyć?

Charcot i jego uczniowie twierdzą, że to jest histeryja wywołana w sposób ostry u jednostek skłonnych. Z tego powodu nazywają tę chorobę histeryją urazową (*hystérie traumatique*). Rzeczywiście obraz tej choroby odpowiada nieraz nader dokładnie histeryi. Mamy tutaj zaburzenia w czuciu, ścieśnienie pola widzenia, znieczulenie połyku, porażenia mięśniowe z przykurczeniami itd. Powstawanie tych porażeń objaśnia Charcot na drodze doświadczalnéj. Wykazuje on mianowicie, że indywidua histeryczne podlegają łatwo tw. wielkiemu hypnotyzmowi (*grand hypnotisme*) a więc i poddawaniu, suggestyi. Przedstawiając równocześnie chorego, dotkniętego kurczowem porażeniem ręki wskutek gwałtownego uderzenia w bark, wprawił histeryczkę w stan hypnotyczny, podczas którego uderzył ją z lekka w bark. Natychmiast potem wystąpiło kurczowe porażenie ręki, a osoba użyta do doświadczenia określała uczucie, jakiego przytem doznawała zupełnie temi samemi słowy, jak chory dotknięty porażeniem urazowem, t. j. że ręka jest całkiem obcą, że więcej do niej nie należy. W obu tych przypadkach można było zamienić porażenie kurczowe na wiotkie przez lekkie mięsienie ręki, które Charcot uważa w tym razie za rodzaj miejscowego hypnotyzmu.

Dla tych to powodów większość autorów francuskich

uważa szereg objawów ze strony układu nerwowego po urazie za histeryję. Guinon w wymienionem poprzednio dziele stawia uraz na jednem z pierwszych miejsc pomiędzy czynnikami wywołującemi histeryje, ilustrując to wieloma nader ciekawemi spostrzeżeniami klinicznemi. Z szkołą francuską różni się tylko pod pewnym względem Grasset z Montpeilier, który widzi w histeryi urazowej pewien odrębny rodzaj histeryi, (zob. *Leçons sur l' hystéro-traumatisme, recueillies et publiées par L. Bourguet, Montpellier, 1889*).

Szkoła niemiecka zarzuca temu pojmowaniu pewne niedokładności. Podług niej różnią się objawy psychiczne, powstające po urazie, nadzwyczaj wybitnie od objawów histerycznych. Chorzy są przeważnie przygnębieni, melancholijni, podczas gdy w histeryi napotyka się usposobienie wesołe, dziwaczne i kapryśne. Zarzut ten odpiera jednak Charcot twierdzeniem, że właśnie histeryja u mężczyzn połączona jest z nastrojem melancholijnym i przygnębieniem tak jak po urazach, w przeciwieństwie do kobiet, u których ma pogodniejsze cechy.

Drugi zarzut, jaki spotyka zapatrywanie francuskiéj szkoły, jest stałość i uporczywość objawów. Są one nader trudne do zwalczenia, ustępują tylko bardzo powoli, nigdy nagle, tak jak w histeryi i nie mienia się tak jak chameleon, co się u histeryczek napotyka.

W Niemczech nie ma też zupełnéj zgody. Jedni z autorów używają nazwy nerwic urazowych, *traumatische Neurosen*, inni zaś tak téj, jak i nazwy histeryi urazowéj, w miarę tego, czy choroba więcéj jest zbliżona do histeryi, czy do neurastenii. Inni wreszcie autorowie idąc za Strümplem rozróżniają jeszcze tak zwaną nerwicę miejscową (*locale Neurose*), jeśli się ma n. p. do czynienia z porażeniem czynnościowem ręki, nogi itd. Nazwa ta zdaje mi się nie tylko zupełnie zbyteczną, lecz wprost niewłaściwą. Przyczyna nie jest nigdy miejscową, leży ona w ośrodkach nerwowych, możnaby co najwyżéj mówić nie o nerwicy miejscowéj, *locale Neurose*, lecz o nerwicy umiejscowionéj, *localisirte Neurose*, gdyby się chciało pominąć szereg innych towarzyszących objawów, jako to znieczuleń, ścieśnienia pola widzenia i t. d., równie ważnych, jakkolwiek mniéj uderzających w oczy. Dla tych samych przyczyn wydaje mi się równie nieodpowiednią nazwa Charcota: miejscowy hypnotyzm, jaką mianuje mięsienie w przypadkach przykurczeń histerycznych.

Przeglądnijmy pokrótce objawy u opisanych chorych, a przedewszystkiem u chorego pod Nr. 1.

Mamy tutaj zaburzenia psychiczne, jako to drażliwość, lękliwość, usposobienie hipochondryczne, bezsenność, zmorę (*Alpendruck*), zawroty głowy, osłabienie pamięci, agorafobiję, obniżenie środkowéj siły wzrokowéj, tudzież ścieśnienie obwodowe pola widzenia, upośledzenie węchu, słuchu i smaku, znieczulenie prawie całéj połowy ciała na ból, tudzież obniżenie poczucia bólu w drugiéj połowie, znieczulenie połyku, utrata popędu i siły płciowéj. Nie będę się zastanawiał nad zmianami anatomicznemi, mianowicie zapaleniem spojenia krzyżowo-biodrowego, te nas bowiem obecnie nie obchodzą. Pewna część tych objawów odpowiada, jak widzimy, obrazowi histeryi, mamy bowiem typowe połowicze porażenie czucia, znieczulenie połyku, zwężenie pola widzenia itd. Z drugiéj jednak strony nie możemy pominąć pewnych cech neurastenii, jako to osłabienia pamięci, przygnębienia, agorafobii, zniesienia siły płciowéj itd. Gdybyśmy więc nie uwzględniali trwałości objawów, mielibyśmy mięszaną formę histeryi oraz neurastenii, które to nerwice zresztą mogą się ze sobą jednoczyć. Opisane tutaj objawy dają obraz ciężkiéj nerwicy urazowéj, jaką się często napotyka i jak ją Oppenheim opisuje. Brak tylko jednego objawu towarzyszącego zazwyczaj téj ciężkiéj postaci, a mianowicie przyspieszenia tętna.

U chorego opisanego pod Nr. 2 znajdujemy co następuje: Bezsenność, zmore, uczucie lęku, zawroty i ból głowy, szum w uszach, ogólne osłabienie, bicie serca, zwężenie pola widzenia, bolesność kręgów, drżenie rąk, a jeszcze wybitniejsze nóg, podwyższenie odruchów, osłabienie siły płciowéj, przyspieszenie tętna i biegunkę.

U chorego Nr. 3 spostrzegamy przygnębienie, osłabienie pamięci, bezsenność połączoną z niepokojem, bóle nerwowe w zakresie nerwu troistego, zwężenie lekkie pola widzenia, odruchy wygórowane, tętno znacznie przyspieszone, osłabienie siły płciowéj. U obu tych chorych widzimy obraz odpowiadający neurastenii, a nie histeryi.

Czystą histeryję miałem sposobność obserwować w ostatnich czasach po wstrząśnieniu, jednakże tylko moralnem, bo po przestrachu nie połączonym z mechanicznym urazem. Mojem zdaniem jest to rzecz jednakiego znaczenia, wstrząśnienie bowiem psychiczne główną gra rolę przy urazach i samo jedno wystarcza, aby wywołać objawy nerwicy urazowéj, jaką Oppenheim opisuje. Nie potrzebuję jednak odwoływać się do tych przypadków, gdyż mamy dosyć przykładów występowania histeryi po urazie, opisanych w dziele Guinona.

Nawiasem zaznaczę jeszcze, że z innych nerwic rozwija się po urazie dość często choroba Parkinsona.

Nie ulega więc kwestyi, że nerwice urazowe występują w najróżnorodniejszy sposób i nie można przypuścić z Oppenheimem jakiegoś jednolitego obrazu. On sam też widocznie nie jest ze sobą w zupełnéj zgodzie, skoro zatytułował swą rozprawę: Nerwice urazowe — *Die traumatischen Neurosen*, mimo, że opisuje w niéj nerwicę urazową jako jednolitą chorobę.

Skoro się przegląda kazuistykę francuską i niemiecką, dochodzi się do przekonania, że we Francyi nerwice urazowe nierównie częściéj przebiegają pod postacią histeryi, podczas gdy w Niemczech pod objawami neurastenii, tak samo jak histeryja w ogólności, a w szczególności u mężczyzn, o wiele częstszem jest zjawiskiem we Francyi niż w Niemczech.

Ostatecznie przy dzisiejszym stanie nauki nie jesteśmy jeszcze w stanie pojęcia nerwic urazowych z całą pewnością i dokładnością określić. Z tego też powodu nazwa nerwic urazowych wydaje nam się najodpowiedniejszą jako najogólniejsza.

Co do rokowania w tych przypadkach, a w szczególności, o ile się niniejszéj rozprawy dotyczy w pierwszym opisanym przypadku, to o ile się odnosi do życia, jest ono pomyślne. Przeciwnie rzecz się ma z rokowaniem co do wyzdrowienia. Choroby te trwają nadzwyczaj dlugo i są bardzo uporczywe. Łatwiéj stosunkowo ustępują zmiany czuciowe, jak n. p. zniesienie czucia skórnego na ból i t. d. Pod tym względem o wiele lepsze wyniki zaznacza szkoła francuska i mniéj pesymistycznie się zapatruje, aniżeli niemiecka.

Środkami, jakiemi się walczy z chorobą, są przedewszystkiem elektryczność, mięsienie, hydroterapija, suggestyja hypnotyczna, z zewnętrznych zaś leków środki nerwowe, jako to: brom, chloral itd.

Co do elektryczności, to Niemcy zalecają galwanizowanie głowy, przedewszystkiem zaś faradyczne pędzlowania przeciw zaburzeniom czucia, Charcot zaś nader gorąco popiera elektryczność statyczną. Ja u mojego chorego stosowałem elektryczność statyczną w postaci tuszu na głowę, oraz iskier na znieczuloną połowę ciała ze skutkiem dosyć pomyślnym, w krótkim bowiem stosunkowo czasie, bo w przeciągu około 6 tygodni zaznaczyć mogłem polepszenie pewnych objawów, jako to: ustąpienie szumu w uszach z równoczesnem polepszeniem słuchu, zmniejszenie analgezyi i poprawę w usposobieniu chorego.

Mięsienie należy wykonywać z pewną ostrożnością, szczególnie w przypadkach porażeń kurczowych, wzmaga bowiem często przykurczenia; to samo tyczy się i opatrunków zakładanych przy przykurczeniach, które również przez to tylko się potęgują. Charcot wykazał, że nawet porażenia wiotkie w stanie hypnotycznym, jako też i u histeryczek można zamienić w kurczowe nie tylko przez bandażowanie, lecz nawet przez proste zrobienie lekko kilka tur opaską Esmarchowską. Tę samą ostrożność zaleca się również w stosowaniu hydroterapii.

Wewnętrzne środki mniejsze mają znaczenie, odnoszą się głównie do zwalczania pewnych poszczególnych objawów, jak np. rozdrażnienia, bezsenności itd. i tutaj jednak nieraz zawodzą. Mój chory zażywał średnie dawki bromku sodowego z dobrym skutkiem. Sen mu się polepszył, mary trapiące nie tak często go nawiedzały. (Dok. nast.)

III. Oceny i sprawozdania.

O wynikach wieszań we wiądzie mlecza za pomocą aparatu Muczutkowskiego,

skreślił

Stanisław Daniłło i Emil Przychodzki
docent akad. lekarskiéj. ordyn. pryw. kliniki psychiatr. w Petersburgu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38)

Polepszenie chodu, prócz objektywnych objawów, które za niem przemawiają, niejednokrotnie sami chorzy zauważali. W późniejszych okresach wiądu mlecza chód jakkolwiek polepszał się nieco, ale polepszenie owo było niezbyt wybitnem; we wczesnych jednakże pewnych przypadkach można się było dostatecznie przekonać, że nastąpiło znaczne polepszenie; w przypadku 1-szym znaczne polepszenie chodu było stwierdzone już po 5 wieszaniach; w przypadku 2-gim chód nieznacznie tylko się polepszył po 15 wieszaniach; w przypadku 3-cim (okres późny) znaczne polepszenie po 7 wieszaniach. Chory, którego przedtem noszono, mógł przy pewnéj pomocy służących przechadzać się stosunkowo na dalekiéj przestrzeni i utrzymywał się na nogach o wiele pewniéj niż poprzednio; w przyp. 4-tym (okres wczesny) po 4 wieszaniach chory zauważył pewną poprawę w chodzeniu, a po 14 wieszaniach, mógł już biedz na palcach przy zgiętych kolanach po pokoju dość szybko, nie uczuwając żadnego zmęczenia; lecz jako najwymowniejszy przykład wpływu wieszań na chód chorego może posłużyć przypadek 5-ty, w którym po 9 wieszaniach chód znacznie się polepszył tak, że po 15 chory mógł na nowo wstąpić do służby, będąc w stanie przestać na dyżurze (stójkowy) po 6 godzin z rzędu bez zmęczenia; po 23 wieszaniach chód danego osobnika stał się zupełnie zadowalającym, a leczenie przerwano; w przypadku 7-mym polepszenie chodu zanotowano już po 3 wieszaniu; w przypadku 8-mym zmian w chodzeniu nie było; przypadek 9-ty ciekawy z téj strony, że po 6 wieszaniach uczucie zmęczenia przy chodzeniu zmniejszyło się i zdarzało się rzadziéj, a po 12 wieszaniach chory zaznaczył, że mu lżéj schodzić ze schodów, czego przed wieszaniami zauważyć nie było można; w przypadku 10-tym po 20 wieszaniach niepewność chodu znacznie się zmniejszyła; w przypadku 11-tym nie zauważyliśmy poprawy podczas stosowania wieszań, wyjąwszy chyba polepszenie podmiotowe.

Objaw Romberga, jakkolwiek zdawało się niekiedy, że ulegał w pewnych przypadkach chwilowemu polepszeniu, jednak nie zawsze i nie w takim stopniu, jak to mieliśmy możność spostrzegać w stosunku do strzelających bólów. Niekiedy zmniejszenie kołysania się w czasie stania z zamkniętemi oczyma zdarzało się spostrzegać jednocześnie i równolegle z polepszeniem chodu, ale także nie zawsze tak, że polepszenie w zachowaniu równowagi niekiedy zjawiało się późniéj, aniżeli poprawa chodu. W przypadku 1-szym pewne zmniejszenie kołysania się chorego można było zauważyć po 5-em wieszaniu, to jest jednocześnie z polepszeniem chodu; przypadek 2-gi nie dał prawie żadnych rezultatów pod tym względem; toż samo można powiedzieć i o przypadku 3-cim; przypadek 4-ty dał pewne zmniejszenie objawu Romberga po 9 wieszaniach sam chory zaczął zauważać, że schylając się nad umywalnią z zamkniętemi oczyma, prawie już nie kołysał się jak dawniéj, kiedy bywał zmuszonym chwytać się za przedmioty, aby nie upaść, chcąc utrzymać równowagę; następnie owe kołysanie zaczęło się zmniejszać i z końcem wieszań zupełnie prawie znikło; w przypadku 5-tym objaw Romberga podlegał wpływowi wieszań bardzo leniwie; pewne osłabienie kołysania się można było zauważyć dopiero po 14 wieszaniach i to nieznaczne tylko; przypadek 7-my okazał najpierw pewne, jakkolwiek nieznaczne, wzmożenie objawu Romberga (co można objaśnić przez niepożądane powikłanie, występujące z początku bezpośrednio po każdem wieszaniu, dopoki chory w pewnym stopniu do nich nie przywykł), lecz po pewnym przeciągu czasu kołysanie się znacznie osłabło; w przypadku 9-tym po 12 wieszaniach uczucie utraty równowagi (przy zamkniętych oczach chorego) zupełnie przeszło, a objektywnie można było zauważyć, że kołysanie się chorego ustąpiło całkowicie; toż samo spostrzegaliśmy w przypadku 10-tym po 16 wieszaniach; przypadek 11-ty pozostał pod tym względem bez zmiany. Czynność pęcherza moczowego wogóle uległo pewnéj poprawie; co objawiało się tak przez zmniejszenie wysiłków chorego przy oddawaniu moczu, jak również przez zwiększenie siły nieprzerywanego strumienia. W przyp. 1-szym już po 3 wieszaniach strumień stał się silniejszym, nieprzerywanym i bez osobliwszych wysiłków ze strony chorego; w przypadku 2-gim otrzymaliśmy toż samo, lecz po 15 wieszaniach; w przypadkach 3-cim i 4-tym polepszenie w oddawaniu moczu zauważono po 5 wieszaniach, przytem w przypadku 4 tym było chwilowe pogorszenie po 6 wieszaniu, lecz następnie znowu nastąpiło trwałe polepszenie; przypadki 5-ty, 6-ty i 7-my bez polepszeń; w przypadkach 8-mym i 10-tym nastąpiła ulga w oddawaniu moczu po 16 wieszaniach; w przypadkach 9-tym i 11-tym znacznego polepszenia nie zauważyliśmy lecz i przed wieszaniami wyraźnych nieprawidłowości w oddawaniu moczu zauważyć nie byliśmy w stanie.

Odnośnie do czynności płciowéj, objawy ostatniéj znacznéj uległy poprawie tak pod względem wzmożenia erekcyj, jak pojawiania się obfitych polucyj u następujących chorych: Nr. 1 miał odnośnie do siły erekcyję prawidłową i obfitą polucyję już po 10 wieszaniach; w przypadku 2-gim erekcyja

i polucyja nastąpiły po 16 wieszaniu; w przypadku 3-cim po 17 wieszaniach, a po 21 wieszaniu znowu nastąpiła erekcyja lecz już bez polucyi; w przypadku 4-tym po 7 wieszaniach już zdawna niebywała erekcyja znów się zjawiła z następną obfitą polucyją; toż samo powtórzyło się po 14 i 16 wieszaniach; w przypadku 5-tym czynności płciowe tak przed, jak podczas wieszań były zadowalające; w przypadku 10-tym erekcyje stały się silniejszemi i częstszemi (chory spółkował raz na tydzień zupełnie zadowalająco). W przypadku 10-tym po 20 wieszaniach zaczęły się pojawiać erekcyje, niekiedy nawet niepokojąc chorego.

Wpływ wieszań na czynności żołądkowo-kiszkowe i na zmiany w łaknieniu nie okazał się zbyt znacznym. W przypadku 1-szym częste i długotrwałe *crises gastriques* niepokojące chorego przeważnie we dnie, lecz także niekiedy i nocą, po 7 wieszaniach nieco się zmniejszyły i stały się rzadszemi, lecz nie na długo; w przypadku 2-gim łaknienie znacznie się polepszyło po 16 wieszaniach, a zaparcia stolców nieco ustąpiły; w przypadku 3-cim toż samo można było zauważyć po 5 wieszaniach, a po 13 zanotowano dalsze polepszenie, które następnie stale pozostało; w przypadku 4-tym zaparcia stolców znikły po 17 wieszaniach jak również wszelkie niedyspozycyje przewodu pokarmowego; toż samo zauważyliśmy i u chorego Nr. 5 po 6 wieszaniach; w przypadku 7-mym polepszenie łaknienia zauważano po 3 wieszaniach, chwilowemu jednakże uległo pogorszeniu, lecz następnie po 8 znów znacznéj uległo poprawie, równocześnie ustąpiły zaparcia stolców; w przypadkach 8-mym i 10-tym podczas stosowania wieszań łaknienie było niezłe, a chorzy nie skarżyli się na żadne nieprzyjemne objawy pod tym względem; prócz tego w przypadku 10-tym zaparcia stolców ustąpiły po 12 wieszaniach; w przypadku 11-tym wieszania, jak się zdaje, także wpłynęły dodatnio na zaparcia stolców.

Polepszenie stanu psychicznego i snu następowało równolegle z polepszeniem innych objawów chorobowych i nie tylko służyło pod pewnym względem, jeżeli się tak można wyrazić, jako kamień probierczy dodatniego wpływu wieszań na wyżéj wspomniane objawy, ale dawało poniekąd pewną podstawę do sądzenia o wstrzymaniu się rozwoju danéj sprawy patologicznéj. Niektórzy chorzy (przyp. 2, 3, 4 i 11) podczas stosowania wieszań cierpieli na grypę. To przypadkowe powikłanie (podwyższenie ciepłoty, uczucie osłabienia, ciężenia członków, pojawienie się rozmaitych bólów neuralgicznych, pogorszenie snu i łaknienia, zawroty głowy, obfity pot i upadek sił) chwilowo zasłoniły obraz dodatniego wpływu wieszań. Podczas grypy wieszań nie stosowaliśmy, co także powinno było wpłynąć na rozwój saméj choroby. Jednakże po ustąpieniu grypy, gdy wieszania zaczęto stosować na nowo, dodatni wpływ ostatnich znowu nie omieszkał się objawić; to przeważnie było jawnem odnośnie do snu i nastroju psychicznego chorych. W przypadku 1-szym sen i stan psychiczny znacznie się polepszyły po 6 wieszaniach; w przypadkach 2-gim i 3-cim, które powikłała grypa, po obniżeniu ciepłoty, polepszenie snu i nastroju psychicznego szło równolegle z polepszeniem innych objawów choroby; takie polepszenie w przyp. 2-gim nastąpiło po 16 wieszaniach, a w 3-cim po 5; w przypadku 4-tym znaczne polepszenie pod tym względem nastąpiło po 11 wieszaniach; w przypadku 5-tym po wieszaniach także nastąpiło polepszenie snu, daleko wyraźniéj występując przy końcu stosowania wieszań; w przypadku 7-mym po 3 wieszaniach nastrój psychiczny i sen uległy pewnéj poprawie, lecz następnie chwilowo się pogorszyły przed 8 wieszaniem, po którem otrzymaliśmy polepszenie dość trwałe, gdyż bez zmiany do samego końca wieszań; w przypadku 9-tym po 12 wieszaniach sen i stan psychiczny także znacznéj uległy poprawie; w przypadku 10-tym sen był zupełnie zadowalającym po 16 wieszaniach, przyczem stan psychiczny chorego był bez zarzutu; w przypadku 11-tym po przebytéj grypie nastrój psychiczny chorego i sen w pewnym stopniu także się poprawiły jednocześnie z ustąpieniem niepokojących chorego parestezyj. Bezpośrednio po 1 wieszaniu, a niekiedy i po każdem następnem można było zauważyć pewne groźne objawy u niektórych bladych, bezkrwistych, mniéj lub więcéj wyniszczonych chorych. Też same objawy spostrzegaliśmy i przy powikłaniu choroby podstawowéj ze stłuszczeniem serca z arteryjosklerozą i wobec budowy ciała apoplektycznéj (*habitus apoplecticus*). U niektórych takich chorych wyżéj wspomniane powikłanie miało charakter chwilowy, z tego powodu daléj stosowaliśmy u nich wieszania, mianowicie: w przypadku 1-szym zaraz po pierwszem wieszaniu zjawił się nieznaczny zawrót głowy, który jednakże przeszedł dość prędko. W innych zaś przypadkach n. p. w 6-tym i 7-mym przeciwnie owe powikłania pod wpływem samego wieszania występowały zawsze po każdem wieszaniu, tak, że trzeba ich było zaniechać; w jednym z tych 2 przypadków (Nr. 8) byliśmy zmuszeni téj metody leczniczéj przestać, nie bacząc na wpływ jéj dodatni pod pewnemi względami.

Owe nieprzyjazne objawy, spostrzegane u pewnych chorych, bywały następujące: sinica twarzy, wytrzeszczenie gałek ocznych, duszność, pojawienie się potu na czole, rozszerzenie źrenic z następczym zawrotem głowy, nudności i ogólne osłabienie (przypadek 7); taki stan trwał jednak niedługo, nie dłużéj nad 5 minut, poczem chorzy zwykle zupełnie przychodzili do siebie. Owe objawy nie zależały jednakże od ciśnięcia na naczynia lub na nerwy okolicy szyjnéj, gdyż o tem mogliśmy się przekonać za pomocą badania przedmiotowego. Nie możemy jednakże pominąć, że podobne objawy możliwe i pod wpływem ciśnienia zbyt silnego okolicy szyjnéj za pomocą przyrządu. Lecz z drugiéj strony toż samo można było stwierdzić i wśród wieszania wyłącznie pod pachy. A zatem trzeba przypuszczać, że w pewnych przypadkach, gdzie podobne objawy spostrzegano, podstawową ich przyczyną były indywidualne osobliwości pod pewnemi względami, być może, pochodzenia patologicznego.

Na podstawie wyżéj przytoczonych spostrzeżeń sądzimy, że wieszania trudno stosować u niedokrewnych wyniszczonych i gorączkujących, a także u chorych, którzy cierpią na zmiany w narządzie krwiobiegu (organiczne zmiany serca i naczyń) i przy słabéj działalności serca. Takie są według nas przeciwwskazania przy wieszaniach.

Wskazanemi wieszania być mogą wobec strzelających bólów i różnych parestezyj, przypadków żołądkowo-kiszkowych, płciowych i pęcherza moczowego u tabetyków. Mogą one przynieść pewną korzyść przy ataksyi kończyn dolnych (być może także górnych) we wczesnych okresach choroby. Nie ulega wątpliwości, że wpływ dodatni wieszań występuje dostatecznie wyraźnie na sen i łaknienie chorych, które znacznéj podlegają poprawie. W pewnych przypadkach zauważyć można tylko pewną ulgę i polepszenie, w innych zaś i całkowite ustąpienie wyżéj wyliczonych objawów, niezwykle silnie niepokojących chorego. W wczesnych okresach choroby, podczas silnych bólów strzelających i parestezyj (z następczą utratą łaknienia, snu i przy złym nastroju psychi-

cznym), jak również i przy osłabionym chodzie, wieszania, według naszych spostrzeżeń dają lepsze rezultaty, aniżeli wobec tych samych objawów w późniejszych okresach choroby.

Nakoniec wspomnimy jeszcze o tak zwanéj „gimnastyce dolnych kończyn", którą stosowaliśmy (czynną) u pewnych, silniejszych, naszych chorych (Nra 1, 2 i 4); u innych (Nr. 3) stosowaliśmy gimnastykę bierną podczas każdego wieszania z zachowaniem wszelkich ostrożności, unieruchomiając miednicę chorego. W rezultacie wszystkie sposoby owéj gimnastyki można podprowadzić pod najrozmaitsze ruchy kończyn dolnych we wszystkich ich stawach.

Po zmierzeniu u 2 naszych chorych długości całego stosu kręgowego wraz z *os sacrum* i *os coccygis* i długości oddzielnych części kręgosłupa pod wpływem rozmaitych warunków położenia ciała, największe wydłużenie stosu otrzymaliśmy w lędźwiowéj części i tylko wówczas, jeżeli chory zbliżał zgięte kolana do brzucha; inne części kręgosłupa (część szyjowa i piersiowa) wydlużały się przytem, lecz nader nieznacznie. Wydłużenie w części szyjowéj stosu pacierzowego tak przy przysiadaniu, jak w położeniu leżącem ze zgiętemi kolanami, było bardzo nieznacznem. Przy prostem (zwykłem, bez gimnastyki) wieszaniu część szyjowa podlega największemu wydłużeniu.

Zwracając się do literatury niniejszego przedmiotu, widzimy, że rezultaty, do których doszliśmy, przedstawiają się zgodnemi z wynikami O. Moczutkowskiego w 12 przypadkach. Różnica ta tylko zachodzi, że nie byliśmy w stanie ani razu zauważyć u żadnego z naszych chorych poprawy oddziaływania źrenic pod wpływem wieszań. Moczutkowski zaś spostrzegał ową zmianę u 42-letniego chorego: po wieszaniach zanotowano bowiem jakoby żywsze oddziaływanie źrenic i jakoby stosunkowe powiększenie ich średnicy.

Jak w obserwacyjach Charcota [4]), tak i w naszych rezultaty zgadzają się pod tym względem, że najłatwiéj i najwcześniéj wpływowi wieszań w znaczeniu dodatniem podlegają bóle strzelające. (Dok. nast.)

Choroby wewnętrzne.

Weber (Londyn): **O leczeniu suchot płucnych w szpitalach dla suchotników.**

Środki apteczne przeciwsuchotnicze wspomagają tylko leczenie główne, dyjetetyczne; nie wyklucza jednakże autor możliwości wynalezienia takiego leku, któryby prątek Kocha niszczył. Głównym obecnie środkiem leczniczym jest klimat odpowiedni i odpowiedni sposób życia suchotników. Weber jest zdania, że jakość klimatu jest obojętną, chodzi bowiem głównie tylko o powietrze czyste. Kładzie przedewszystkiem nacisk na uregulowanie choremu odpowiedniéj ilości i jakości spacerów, spoczynku, pożywienia, snu w przewietrzonych pokojach, bo nadużywanie i niestosowna miara jednego lub drugiego z tych czynników zgubną być może. Leczenie suchotników powinno się więc odbywać w zakładach, pod ciągłym dozorem lekarskim będących. Z tych przyczyn szczycić się mógł pięknemi wynikami Brehmer w Görbersdorfie i szczyci się do dziś dnia Dettweiler w Falkensteinie. Leczenie jednak w tego rodzaju zakładach przystępne jest tylko zamożnym chorym; biedni nie mają dotychczas podobnych instytucyj, szpitale bowiem powszechne wymogom i wskazaniom wyż wymienionym nie odpowiadają, ale przeciwnie, jeszcze zgubnie na chorych i rozszerzanie choroby działają. Specyjalnie dla suchotników zaprowadzone w Anglii szpitaliki bardzo dobre osiągają wyniki i do zakładania większéj ich ilości zachęcają. Położone być winny zawsze za miastem, zdala od pyłu i wyziewów miejskich, z oknami na południe zwróconemi, z spacerami cienistemi, równemi, w ogrodzie o drzewach szpilkowych.

Zakłady takie wymagają wprawdzie znacznych kosztów, ale jeżeli się pomyśli, że leczenie w takich szpitalach prowadzone wraca pewną liczbę chorych pracy, skutkiem czego niezdolnych do zarobku i nieuleczonych ilość się zmniejsza, rządy, gminy i dobroczynność publiczna, w dobrze zrozumianym własnym interesie o zakładanie takich szpitali starać się winny. (*Wien. med. Presse* 1890, Nr. 35).

Dr. Lacker (Graz): **Nowa próba klinicznego badania krwi.**

Według téj metody bada się siłę odporności czerwonych ciałek krwi przy zadziałaniu niekorzystnych wpływów na ich barwik czerwony. Za jednostkę tę, odporność mierzącą, służy autorowi siła pojedynczego lub zbiorowego prądu elektrycznego, jakiego naładowana flaszka Leydena dostarcza. W przyrządzie przez autora wynalezionym, kiedy flaszki zostają rozbrojone, przechodzi prąd elektryczny o jednéj i téj samej sile przez 4 rurki włosowate, w których krew do badania służąca jest zawartą. W ten sposób możemy przez porównanie badać odporność ciałek z czterech różnych gatunków krwi wziętych. Po 10 do 20 uderzeniach prądu ciałka krwi pękają i oddają barwik surowicy. Jeżeli badamy chorego na żądaną odporność, to napełniamy nią tylko jednę rurkę, a do 3 pozostałych wprowadzamy krew człowieka zdrowego, mianowicie w celu łatwiejszego porównania po zadziałaniu prądu. Oznaczenie próby téj będzie miało wielką wartość w różnych dyskrazyjach, gdzie wzmacniająco leczymy; będziemy się bowiem mogli przekonać, o ile leki i środki wzmacniające skutecznie działają. (*Wien. med. Presse* 1890, Nr. 35).

Choroby nerwowe.

Prof. Krafft-Ebing: *Gynandria.*

Dnia 4 października 1889 r. zgłosił pewien urzędnik E. oskarżenie przeciw swemu zięciowi hrabiemu V., zarzucając mu zatajenie prawdziwéj płci swojéj; młody hr. V. bowiem był kobietą. Śledztwo wykazało, iż mąż młodéj E. jest rzeczywiście niewiastą. Pochodzi ona z rodziny nerwowo obciążonéj, kilka przypadków obłąkania wykazującéj, a ojciec jéj, sam dziwak, wychowywał ją do 13 roku życia jako chłopca. W tym roku oddaną została pod opiekę babce, która przebrawszy ją po kobiecemu, oddała na pensyjonat w Dreźnie. Tutaj zawiązała V. stosunki miłosne z guwernantką angielką, pobyt jednak w wychowawczym zakładzie nie trwał długo i V. znów dostała się w ręce ojca. Stale przebrana za mężczyznę, odbywała podróże z ojcem swym, żyjąc jak mężczyzna, odwiedzając miejsca rozpusty, przyczem przewrotny pociąg płciowy coraz więcéj się uwydatniał. Czując odrazę do mężczyzn, nawiązywała stosunki miłosne z kobietami. W r. 1888 zaznajomiwszy się w miejscowości kąpielowéj z rodziną E., poślubiła ich córkę Maryję. Wrzekomy mąż palił cygara, golił się, a spółkował zręcznie zakładanym priapem. Ciekawe są listy w tym okresie do swéj pseudo-żony pisane, pełne zachwytu i miłości, a w rozprawie dosłownie wyjątkami przytoczone. Przypadek wykrył całą tajemnicę i postawił pseudo-męża przed kratki sądowe. Twarz o rysach ostrych, bez żadnego zarostu, pierś mała, części płciowe zupełnie prawidłowe, tylko małe. Pochwa tak wąska, iż spółkowanie z dorosłym mężczyzną byłoby prawie niemożliwe. Miesiączkowanie regularne. Popęd przewrotny od 13-go roku życia. Obwiniona bardzo wykształcona, zdolna i sama literatka, onanii biernéj lub czynnéj na sobie nigdy nie wykonywała. O karygodności swego nawyknienia wie, nie jest jednakże w stanie nad sobą zapanować. Sąd ze względu na dziedziczne obciążenie uznał ją niewinną. Mimo to „młody hrabia" zrozpaczony jest utratą „swéj żony." (Sprawa ta przebiegała w swoim czasie wszystkie dzienniki polityczne. Przyp. spraw.) (*Wien. med. Presse* 1890, Nr. 29). *Dr. Mendelsburg.*

Gerlach: **Przyczynek do leczenia pląsawicy.**

G. leczył z bardzo dobrym skutkiem ciężką pląsawicę u 20-letniéj dziewczyny paraldehydem. Chora, która przez czas dłuższy już nie sypiała i była zwłaszcza w nocy bardzo niespokojną po zażyciu 2·0 gramów paraldehydu przespała spokojnie noc całą, a zażywając co wieczór ten lek po upływie dni kilku miała się znacznie lepiéj. Po niejakim czasie sprawa skutkiem natężenia fizycznego znów się pogorszyła, a wtedy zastosował autor 3·0 gram. paraldehydu i odtąd pląsawica szybko ustępowała, aż wreszcie zupełnie ustąpiła. W ogóle zażyła chora 163·0 gram. paraldehydu. Autor poleca ten środek przede-

wszystkiem dlatego, że nie wywiera żadnego niekorzystnego wpływu na serce i działa tam, gdzie inne środki zawodzą. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.* XLVI, 5. 1890.) *Dr. Süsskind.*

Choroby oczne.

A. Schapringer (N. York): *Enophthalmus traumaticus*, **wyzdrowienie.**

7-letnia dziewczynka popchnięta w szkole przez nauczycielkę uderzyła się o sztachetę żelazną w prawą skroń, wskutek czego zemdlała. Po 12 godzinach wezwano lekarza z powodu, że prawa powieka była opadnięta, a oko zézowało. Autor zastał podbiegnięcie w okolicy zewnętrznego końca brwi, powieka górna do połowy opadnięta, lecz podnosi się wraz z rogówką przy patrzeniu w górę, oko wcale nie zézowało i nie można było w niem spostrzedz żadnéj zmiany z wyjątkiem, że gałka tkwiła głębiéj w oczodole, niż po stronie zdrowéj, a mianowicie sądząc z powierzchni rogówek co najmniéj o 2 milim. przy równoczesnem zmniejszeniu parcia śródocznego w téj gałce. Wrok nie zmieniony, wziernikiem nie wykazano żadnych zmian w głębi oka. Powstanie trzech objawów: *ptosis*, *enophthalmus* i *hypotonia* kładzie autor na karb porażenia nerwu współczulnego i zaopatrywanego przezeń mięśnia Müllera. Autor jest zdania, że opadnięcie powieki z powodu porażenia n. okoruchowego nie zmienia się przy patrzeniu w górę, z powodu porażenia n. współczulnego powieka podnosi się i opada równocześnie z rogówką. Zwężenia źrenic nie było w tym przypadku, jakie bywa w porażeniu górnéj części nerwu współczulnego (szyi), co autor tłomaczy tem, że miejscem porażenia był sympatyczny korzeń *ganglion ciliare.* Osobliwe te zmiany można było spostrzegać przez 3 doby, poczem ustąpiły bez śladu. Przypadki *Enophthalmia traumatica* spostrzegali Himly, Nieden i Gessner. Autor cytuje spostrzeżenia Wicherkiewicza (1881) i moje (*Enoph. oc. utriusque*), które przedstawiłem na Zjeździe lek. polsk. w Krakowie w r. 1881. W końcu rozprawki znajdujemy kilka słów poświęconych określeniom: 1) *Enophthalmus traumaticus e sympathico cervicali laeso*, (spostrzeżenia prof. Kosińskiego); 2) *Luxatio et dislocatio bulbi* ku tyłowi, 3) *Enophthalmus e paralysi n. sympatici spontanea* (zbiór objawów Hornera) w połączeniu z połowiczym bólem głowy, nie mających zresztą nic wspólnego z powyższą obserwacyją autora. (*Med. Woch.* 1890, Nr. 7).

Dr. J. Talko.

Położnictwo.

Fleischlen: *Hyperemesis gravidarum.*

Jako znane momenta etyjologiczne, wywołujące *hyper. gravid.* przytacza F.: 1) rzeczywiste choroby narządu pokarmowego wikłające ciążę (rak żołądka, wrzód okrągły, przewłoczne zapalenia przewodu pokarmowego, chroniczne zaparcie stolca); 2) sprawy zapalne w otoczeniu macicy; 3) zmiany położenia téjże (tylozgięcie macicy ciężarnéj); 4) w niektórych przypadkach należy *hyp. gravid.* uważać za nerwicę pochodzącą ze zdrowéj lub chorobowo zmienionéj macicy. Podczas gdy tłomaczenie występowania *hyp. gravid.* z przyczyn pod 1, 2 i 3 nie napotykało na trudności, występowanie takowéj jako odruchu ze zdrowéj macicy wychodzącego było przyczyną licznych sporów literackich. Im jednak dokładniéj zaczęto te przypadki badać, tem bardziéj zmniejszała się ilość przypadków *hyper. gravid.*, dla których żadnéj nie można było znaleźć widocznej przyczyny (*hyp. gravid. essentialis*). I tak wykazał Müller, że przyczyną w tych przypadkach może być zapalenie śródmaciczne; podczas gdy Schröder, a za nim inni, upatrują przyczynę w nadmiernem rozdęciu macicy i zadrażnieniu nerwów otrzewnowych. W 2 przypadkach obserwowanych przez autora, gdzie celem usunięcia *hyp. gravid.* wzniecono poronienie, znaleziono ciążę bliźniaczą. Przypadki te przemawiałyby na korzyść Schrödera. Wskutek nadmiernego rozdęcia macicy, nieodpowiadającego okresowi ciąży, wystąpiły wymioty: po zmniejszeniu treści jamy macicy wymioty natychmiast ustępowały.

Na podstawie dwóch swoich i 3 przypadków Rugego przychodzi F. do przekonania, że jeżeli środki kojące: makowiec, morfina, wodnik chloralu, *kali bromatum* nie skutkują, nie należy zwlekać z wznieceniem poronienia, gdyż *hyp. gravid.* w dość krótkim czasie przez wyniszczenie i osłabienie akcyi serca doprowadza do takiego stanu, że po wznieceniu poronienia, mimo że wymioty ustają, wskutek zapadu śmierć następuje. (*Festschrift d. X. internat. med. Congresses in Berlin* 1890). *Dr. Czapliński.*

Choroby skórne i weneryczne.

Prof. Neumann (Wiedeń): O *sclerosis initialis extragenitalis.*

W ostatnich 10-iu latach obserwował N. 84 przypadków wrzodu twardego, usadowionego poza częściami rodnemi i to 36 razy u mężczyzn, 48 razy u kobiet. Objawy ogólne występowały w swoim czasie, a cały przebieg kiły był zwyczajny.

Na podstawie swych spostrzeżeń dochodzi N. do następujących wniosków: 1) Obojętnem jest dla ustroju, gdzie jest usadowiony wrzód pierwotny. 2) Przebieg ciężki kiły nie zależy od miejsc usadowienia wrzodu pierwotnego, ale od różnych zboczeń konstytucyjonalnych i wszelkich czynników osłabiających ustrój. Przy wrzodach pierwotnych usadowionych nie na częściach rodnych jest on o tyle gorszy, że często kiłę dopiero wówczas się rozpoznaje, gdy już znaczne spustoszenia w ustroju poczyniła. 3) Częstość *sclerosis initialis extragenitalis* daje obraz stanu moralności nie tylko pojedynczych osób, ale i narodów. (*Internationale klin. Rundschau* 1890, Nr. 4).

Jackson: **Hydroksylamina w leczeniu łuszczycy.**

Lek ten mniéj drażni skórę od kwasu chryzorabinowego i pyrogalusowego, jest od nich tańszy, nie pozostawia żadnych plam, a działa równie szybko, bo w 4 do 6 tygodni usuwa wszystkie zmiany nawet w bardzo zastarzałych przypadkach. J. radzi używać początkowo słabych rozczynów (1:500), a w razie potrzeby silniejszych. Przy znacznem zadrażnieniu skóry należy lek na kilka dni usunąć. (*Monatshefte f. prakt. Dermatologie* X, Nr. 8).

E. Finger: *Bismuthum subbenzoicum* **w leczeniu wrzodu miękkiego.**

Środka tego używał F. z dobrym skutkiem zamiast jodoformu w leczeniu wrzodów miękkich. Wrzód obmyty i oczyszczony dokładnie posypywał za pomocą pędzelka cienką warstwą proszku, zakładał suchą watę i przytrzymywał ją plastrem lub opaską; czynność tę powtarzał 1—2 razy na dobę. Po zastosowaniu leku doznawali chorzy trwałego, ale niezbyt nieznośnego pieczenia przez kilka godzin. Także przy rozpadłych wrzodach pierwotnych twardych i słoninowatych lub rozpadłych guzkach kilowych na częściach rodnych stosował F. lek ten z dobrym skutkiem. (*Monatshefte f. prakt. Dermatologie* X, Nr. 8).

Dr. Breima: **Kreozot w** *urethritis posterior chronica.*

B. wstrzykuje najpierw do tylnéj części cewki rozczyn kwasu borowego w glicerynie, lub rozczyn kwasu pikrynowego, a gdy te środki nie pomagają, wówczas używa kreozotu (*Kreozoti gtt. X, Extr. fluid. Hamamelis Virg., extr. fluid. Hydrast. Canad āā gtt XV*) rozcieńczając go letnią wodą. (*Monatsh. f. prakt. Dermatolog.* X, Nr. 8).

Dr. Kurasiewicz.

Michelacci. **O działaniu leczniczem mydeł lekarskich w niektórych chorobach skórnych.**

Opierając się na szeregu doświadczeń, w których osiągnął dobre wyniki zapomocą mydeł lekarskich, poleca M. następujące rodzaje mydeł, które okazały się wybitnie skutecznemi: mydło kamforowe w uporczywem swędzeniu, w chorobach skórnych bez sączenia, w zwykléj świerzbiączce; mydło ichtyolowe w przypadkach, gdy skóra zaczerwieniona lub pęcherzykami pokryta i to gdy choroba jest w okresie ustępowania; mydło karbolowe, sublimatowe i salicylowe w chorobach na tle pasorzytów; mydła zawierające węglan wapniowy jako środek oczyszczający i odtłuszczający w trądziku (Acne), łojotoku, wyprzaniu, łupieży: mydło zawierające węglan wapna w połączeniu z sublimatem w chorobach skórnych, wywołanych przez pasorzyty roślinne a głównie w *Sycosis parasitaria*; mydła naftowe, siarkowe i siarkowodziegciowe, jakoteż mydło rtęciowe we wszycy, świerzbie i *Pityriasis versicolor*; mydło borowe w *Eczema, intertrigo* (*Vierteljahresschrift f. Derm. u. Syph.* Rocznik XX).

Dr. Baschkopf.

Medycyna sądowa.

Prof. E. Hofmann: **O niektórych objawach pośmiertnych.**
(Dok. Patrz Nr. 38).

Z kolei H. porusza kwestyję przeobrażenia się w trupie arszenika białego w żółty siarczek arsenu. Na przeobrażenie to już dawniéj zwrócili uwagę Christison, Orfila, Taylor i inni i trafnie przypuszczali, że ono jest następstwem działania kw. siarkowodowego, sądzili atoli, że do téj zmiany potrzeba znacznego stopnia zgnilizny, a tem samem dłuższego czasu. H. atoli już w r. 1886 ogłosił przypadek kobiety zmarłéj z otrucia arszenikiem białym sproszkowanym, u któréj już we 2 dni po śmierci znaleziono siarczek arsenu w kiszce ślepéj i jelicie grubem wstępującem. Rzecz to ważna pod względem sądowo-lekarskim, ponieważ nieprzypuszczenie możności tak szybkiego przeobrażenia się musiałoby prowadzić do wniosku, że otrucie nastąpiło za pomocą siarczku arsenu, który z powodu nierozpuszczalności we wodzie i uderzającéj swéj barwy domniemywać się kazałby raczéj samobójstwa, aniżeli morderstwo. Z powodu ważności kwestyi prof. H. robił doświadczenia na psach, które truł za pomocą arszeniku białego i przekonał się, że przemiana w siarczek arsen nastąpiła w 3 przypadkach po 14 dniach, a w jednym nawet już po 8 dniach, a nastąpiła tem prędzéj, jeżeli arszenik biały użyty został w stanie nierozpuszczonym. Przy téj sposobności sprawdził, że zgodnie z doświadczeniem Zaaijera arszenik nie opóźnia pojawienia się i biegu zgnilizny, że więc twierdzenie jakoby arszenik wywoływał mumifikacyję zwłok, należy przyjąć z wielką ostrożnością, a w każdym razie wypada rzecz tę sprawdzić doświadczalnie.

W końcu zastanawia się nad wybroczynami, występującemi w przypadkach śmierci nagłéj i podaje, że do miejsc, w których wybroczyny występują, zaliczyć trzeba i śródsierdzie, zwłaszcza komórki lewéj. Podbiegnięcia te wogóle nie często się zdarzające bywają dwojakiego rodzaju: albo są one rzeczywistemi wynaczynionkami pod śródsierdziem występującemi, albo też przedstawiają zaczerwienienie plamiste wskutek ograniczonego nastrzykania naczyń pod śródsierdziem. H. sądzi, że ostatnie są następstwem spółśrodkowych, dłużéj trwających skurczów mięśnia sercowego; znalazł je nierównie częściéj u zwierząt szybko sekcyjonowanych, aniżeli w zwłokach ludzkich i to bez względu na rodzaj śmierci; różnicę tę tłumaczy okolicznością, że u wielu ludzi serce bić przestaje w stanie rozkurczu i że zwłoki ludzkie nie tak prędko podlegają sekcyi. Przyznaje atoli H., że znaczenie tych zmian pod śródsierdziem nie dorównywa znaczeniu wybroczyn zdarzających się częściéj pod osierdziem, że jednak służyć mogą do wyjaśnienia stosunków krążenia za życia oraz dowodzą wielkiéj obfitości w naczynia lewéj komórki, powołanéj do większéj pracy a tem samem potrzebującéj więcéj tlenu. (*W. med. Presse*, 1890, Nr. 37 i 38). *L. B.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 21 maja 1890 roku.

Z powodu chwilowéj nieobecności Przewodniczącego, zastępuje go kol. Zaręba, późniéj obejmuje przewodnictwo kol. Mars.

1) Kol. Korczyński przedstawia nowy przetwór krajowy, pigułki kreozotowe Kowalskiego i Bełdowskiego i czyni w imieniu Komisyi Przemysłowéj Tow. lek. krak. wniosek, aby takowe polecić jako przetwór zupełnie stosowny do użytku leczniczego. Wniosek przyjęto jednogłośnie.

2) Kol. Trzebicky przedstawia 2 gorsety przez siebie skonstruowane według Lorenza i Waltucha z drzewa sosnowego. Za gorsetami temi przemawia wielka ich lekkość (jeden waży 250 gr., drugi 350) i sprężystość. — Kol. Obaliński uznaje, że zaletą tych gorsetów jest wielka ich lekkość i to, że nie są tak kruche jak gipsowe, zrobienie jednak takiego gorsetu wymaga wiele zachodu i czasu, zwraca przytem uwagę na to, że kierunek leczenia skolijozy zmienił się i stosunkowo do dawnych czasów daleko mniéj używa się gorsetów.

3) Kol. Gross przedstawia kilka królików, którym do przodkowéj komórki oka wkładał ziarnka aktynomikozy. Po 2—3 dniach ziarnka te powiększyły się do wielkości główki od szpilki, a potem się zresorbowały, tak jak Ponfik podaje, w dwóch przypadkach jednak dotąd się powiększają i dały powód do *keratitis*, w jednym przypadku utworzyła się metastaza. Gdy do komórki wstrzyknięto płyn z myceliami, powstało lekkie zapalenie, a potem nastąpiła resorbcyja płynu. — Kol. Sroczyński żąda dalszego badania w celu przekonania się, czy te powiększające się ziarnka są istotnie ziarnkami aktynomikozy czy włóknikiem.

4) Kol. Mars przedstawia w imieniu komit. Tow. lek. krak. na członka kol. Schneidra i wita jako gości koll. Czaplińskiego i Siedleckiego.

5) W dyskusyi nad preparatem przedstawionym na poprzedniem posiedzeniu przez kol. Buzdygana zabiera głos kol. Krokiewicz podając w krótkości wynik sekcyi, przy któréj stwierdzono ogólną niedokrewność, hypoplasyję naczyń, w jamie brzusznéj duże wynaczynienie (3—4 litrów). Pętle jelit były pozlepiane wypociną włóknikową. W miednicy małéj dużo skrzepów świeżych. Po stronie lewéj był silny związek między skrzepami krwi a trąbką, a skrzepy po części wsterczały do pękniętéj trąbki. Trąbka pęknięta wypełniona była guzem wielkości kurzego jaja, złożonego ze skrzepów świeżych i dawnych, badanie bliższe okazało, że prócz skrzepów były w tym guzie i szczątki części płodowych. — Kol. Przewodniczący zwraca uwagę, że najczęstszą przyczyną tego rodzaju krwotoków bywa ciąża zamaciczna. W tym przypadku były zrosty w jamie Douglasa, jako następstwo przebytéj *perimetritis*, taka zaś *perimetritis*, która wywołała zrosty, może przez pociąganie wywołać zagięcie trąbki lub bliznowate przewężenie téjże i dać tem samem powód do powstania ciąży trąbkowéj. — Kol. Buzdygan podaje, że chora ta rzeczywiście miała przed 4 laty poronić, poczem przez 2 miesiące ciężko chorowała i od tego czasu bolesną zawsze miała regularność. — Kol. Krokiewicz przypomina przypadek sekcyjny, z którego preparat przed $1\frac{1}{2}$ rokiem przedstawiał na posiedzeniu Tow. lek. krak., gdzie ciąża pozamaciczna wywołała otorbienie się całego jaja płodowego, a późniéj dopiero powstał w guzie proces ropny i przez przetokę do kiszki odchodowéj odchodziły kości płodu. — Kol. Obaliński przytacza przypadek przez siebie operowany z powodu objawów *occlusio interna*, gdzie dopiero przy operacyi znalazł jako przyczynę okluzyi ciążę zamaciczną, uciskającą na jelita.

6) Kol. Schneidra przyjęto na członka Tow. lek. krak.

7) Kol. Surzycki przedstawia chorego z kliniki chor. wewn. prof. Korczyńskiego. Przypadek ten będzie ogłoszony w „Przeglądzie Lekarskim.

Za sekretarza: *Dr. Józef Rosenzweig.*

V. Z międzynarodowego lekarskiego zjazdu w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 37).

W dziale hygijeny kolei żelaznych omawiano 6 tematów: 1) o personalu przeznaczonym do ratowania w razie przypadków nieszczęśliwych, zdarzających się na kolejach żelaznych; 2) o wyżywieniu personalu używającego kolei żelaznych podczas jazdy; 3) o hygijenie w przedsiębiorstwach kolei żelaznych i w zastosowaniu do podróżującéj publiczności; 4) o pokojach sypialnych i poczekalniach przeznaczonych dla podróżującéj publiczności; 5) o wymogach fizycznych, jakich żądać należy od służby kolejowéj; i 6) o wpływie lekarzy na przedsiębiorstwa kolejowe.

Sekcyja szesnasta obrała sobie za przedmiot rozpraw jeografię lekarską i klimatologię. Referatów zgłoszono 15, a najważniejsze z nich wymieniam: 1) o wpływie klimatu podzwrotnikowego na przybyszów z krajów zimniejszych, o oporności ich pod względem chorób panujących pod zwrotnikiem i o możliwości zaaklimatyzowania się Europejczyków i mieszkańców północnéj Ameryki w krajach podzwrotnikowych; 2) o wpływie stosunków telurycznych, klimatycznych i towarzyskich na pojawienie się i przebieg suchot płucnych z szczególnem uwzględnieniem choroby téj w krajach ciepłych; 3) o endemicznem i epidemicznem rozszerzaniu się gorączki żółtéj i o wpływie klimatu, gruntu i handlu na tę chorobę; 4) o etijologii i terapii choroby zwa-

néj Beriberi; 5) o trądzie, z szczególnem uwzględnieniem rozszerzenia się téjże choroby przez oddziedziczanie i przenoszenie przyrzutu; 6) o chorobach zimniczych (malarycznych), z szczególnem uwzględnieniem rozszerzenia się jeograficznego rozmaitych form téj choroby, jakoteż z przedyskutowaniem pytania, czy wszystkie formy malaryi zawdzięczają powstanie jednemu czy też różnym przyrzutom chorobowym; 7) o stanie medycyny za czasów starych Egipcyjan na podstawie odnalezionego papyrusa Ebersa.

Medycyna sądowa była przedmiotem obrad sekcyi siedmnastéj. Pod przewodnictwem prof. Limana ustanowiono 11 tematów do przedyskutowania, — a mianowicie: 1) czy ustanowienie specyjalnie wykształconych i egzaminowanych lekarzy sądowych odpowiada wymogom dzisiejszego prawodawstwa; 2) o niektórych zjawiskach na trupie spostrzeganych, z demonstracyjami (prof. Hofmann z Wiednia); 3) o znaczeniu prób życiowych; 4) czy może powietrze, które zapomocą oddechania doszło do płuc, po śmierci tak z płuc zniknąć, że płuca noworodków, okazują takie same cechy, jak płuca noworodków, które zupełnie nie oddechały; 5) o znaczeniu pod względem sądowo-lekarskim — wykazania gonokoków w wydzielinie pochwowéj u dziecka; 6) Przyczynek do nauki o otruciu zapomocą alkaliów, szczególniéj zapomocą sinku potasu; 7) o znaczeniu ptomainów pod względem sądowo-lekarskim; 8) głuchoniemota pod względem sądowo-lekarskim; 9) o postępowaniu w ocenianiu skaleczeń mechanicznych pod względem sądowo lekarskim; 10) o przewłocznem zapaleniu opony twardéj mozgu u dzieci (pachymeningitis) i znaczeniu tegoż pod względem sądowo lekarskim; 11) Czy mogą zmiany wywołane w rzyci skutkiem biernéj pederastyi, po ustaniu tego nienaturalnego spółkowania znowu zniknąć i w jakim czasie po ostatniem tego rodzaju spółkowaniu?

Wreszcie sekcyja ósmnasta z rzędu zajmowała się medyćyną zastósowaną do celów wojskowych. Zapowiedziano w tejże sekcyi wykładów 9, a do dyskusyi przygotowano 6 tematów: 1) Czy można w różnych armijach na polu bitwy zaprowadzić pod względem istoty swej jednolity sposób opatrywania ran, oparty na zasadach antiseptyki, i czyby się mogło udać, aby lekarze wojskowi mogli przy użyciu materyjałów opatrunkowych obcéj armii przeprowadzić antiseptykę przy opatrywaniu ran; 2) o użyciu baraków dających się rozebrać i przesłać w odległe strony podczas pokoju i w czasie wojny; 3) o okrętach mieszczących w sobie szpital podczas wojen morskich, — o ich zadaniu, użyciu, urządzeniu i uzbrojeniu, oraz o udziale, jaki podczas wojny morskiéj wziąść może stowarzyszenie niosące dobrowolną pomoc chorym (stowarzyszenie czerwonego krzyża); 4) o organizacyi służby zdrowotnéj, mającéj na celu zapobieganie chorobom zakaźnym w wojsku podczas pokoju i wojny; 5) czy można stworzyć jednolity schemat dla raportów sanitarnych w różnych armiach, aby tym sposobem uzyskać porównawczą statystykę opartą na podstawach umiejętnych, a obejmującą przypadki chorób, zranień i przypadki śmierci w czasie pokoju i wojny; 6) o trepanacyjach czaszki skutkiem ran odniesionych w wojnie.

Umyślnie przytoczyłem cały szereg tematów przeznaczonych do dyskusyi w licznych sekcyjach zjazdu berlińskiego, a uczyniłem to z jednéj strony dlatego, aby Czytelnikom „Przeglądu“ przedstawić naukową działalność kongresu, a z drugiéj strony, aby kolegom, zainteresowanym pewną kwestyją przedyskutowaną na zjeździe podać sposobność i niejako wskazówkę do szczegółowego poinformowania się o zdaniach w kwestyi téj wypowiedzianych, — gdyż komitet zjazdu przygotowuje jeszcze cały poczet zeszytów, które zawierać będą odczyty i wykłady wypowiedziane na zjazdach, oraz główne momenta dyskusyi i tam znajdzie każdy dokładnie omówiony temat budzący zainteresowanie.

Księga pamiątkowa zjazdu zostanie może jeszcze w roku bieżącym wszystkim uczestnikom kongresu rozesłaną.

Jak już wspomniałem, zapobiegliwy komitet zjazdu berlińskiego nie tylko pomyślał o bankietach, balach i wycieczkach dla swych gości, ale obdarzył ich również pięknemi dziełami w upominku, które stanowiąc niejako karmę duchową, długo wszystkim uczestnikom kongresu przypominać będą wspaniałą stolicę Niemiec, pod względem sanitarnym nadzwyczaj bogato wyposażoną.

Szczegóły urządzeń sanitarnych miasta Berlina znajdujemy w dziele ofiarowanem przez Magistrat stolicy z nad Sprewy *Festschrift der Stadt Berlin, dargeboten dem X. internationalen medizinischen Congress: Die oeffentliche Gesundheits und Krankenflege der Stadt Berlin herausgegeben von den städtischen Behörden.*

Dzieło to liczące 362 stronic i ozdobione licznemi mapami i drzeworytami daje znakomity pogląd na te urządzenia miejskie, które, jak czyta się w przedmowie na wstępie samym książki, mają na celu spełnienie zadań wymaganych przez nowoczesną hygienę w obszerniejszym zakresie, tudzież dopomagają do troskliwego pielęgnowania chorych w znakomicie po większéj części urządzonych szpitalach publicznych i prywatnych. Pod naczelną redakcyją profesora Virchowa wykończono dzieło powyższe zbiorowemi siłami, które opracowały znów specyjalnie pojedyncze rozdziały, dając zarazem rękojmię wyczerpującego przedstawienia rzeczy. Dlatego radziłbym każdemu higieniście, zwłaszcza zaś radcom miast stołecznych w kraju naszym, w których interesa sanitarne z biegiem czasu i postępu nauki koniecznie pierwszorzędną rolę odegrać muszą, aby dokładnie zaznajomili się ze znakomitem tem dziełem, gdyż zaczerpnąć z niego potrafią nadzwyczaj wiele trafnych poglądów i wyników naukowych badań, opartych na głębokich studyjach. Dotyczy to głównie wodociągów, kanalizacyi i budowy szpitali według wymagań nowoczesnych techniki sanitarnéj.

W pięknym tym pamiętniku kongresu berlińskiego omowione są najpierw stosunki telluryczne Berlina i jego okolicy, następnie stosunki klimatyczne i hydrograficzne. W rozdziale traktującym o ruchu ludności przekonywamy się o olbrzymim wzroście stolicy Niemiec w ciągu ostatnich lat 10; cyfra ludności wzmogła się blisko o 400.000 (z 1,069.782 podskoczyła na 1,439.618 w roku 1888). W miarę coraz to większéj pieczy o poprawę stosunków sanitarnych w Berlinie zmniejszała się również prawie systematycznie i śmiertelność, tak, że z 28·92 *pro mille* obniżyła się w roku 1888 na 20·35‰. Prawdziwy to tryumf dla tych światłych radców miejskich, którzy potrafili przekonać swych kolegów, że milijony wyrzucone na cele na pozór i odrazu bardzo nieproduktywne, tak znakomite zyski w ciągu lat najbliższych przyniosą. (C. d. n.)

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 25 września. Wydział lekarski Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu w grudniu r. b. obchodzić będzie jubileusz 25-letni istnienia swego. Przy téj sposobności na uroczystem zebraniu członków odsłonięty będzie w sali posiedzeń biust ś. p. Dra Teofila Mateckiego, oraz wydany osobny numer *Nowin Lekarskich*, mieścić mający życiorys tego zasłużonego lekarza, pogląd na czynność dotychczasową wydziału, spis członków byłych i obecnych, oraz życiorysy członków zmarłych.

* Zjazd 63 lekarzy i przyrodników niemieckich w Bremie odbył się przed kilku dniami w rozmiarach bardzo skromnych; nic dziwnego, bo Zjazdów tych w Niemczech jest za dużo. W Bremie za to tem lepiéj bawiono się, a nauki przyrodnicze miały przewagę nad lekarskiemi.

* Na wiecu stowarzyszeń lekarskich austryjackich, który niedawno temu odbył się w Opawie, uchwalono ponownie potrzebę utworzenia Izb lekarskich i zdaje się, że sprawa też jeszcze téj jesieni przyjdzie na porządek dzienny w Radzie państwa.

* Cholera zmniejsza się w Hiszpanii, gdzie dotąd zachorowało 3223 osób, a umarło 1647, czyli 51%. Również ustaje w Dżeddzie, a ustała zupełnie w Mekce.

* Prof. Baccelli, prezes Zjazdu międzynarodowego lekarskiego, mającego odbyć się w r. 1894 w Rzymie, rozpoczął już czynności przygotowawcze i zapowiedział, że równocześnie odbędzie się wystawa higijeniczna i wielka wystawa przemysłowa.

* Rząd austro-węgierski oświadczył gotowość wzięcia udziału w konferencyi sanitarnéj międzynarodowéj, która ma zebrać się wskutek inicyjatywy rządu włoskiego.

* **Odznaczenie**. Zasłużony okulista poznański Dr. Wicherkiewicz otrzymał tytuł radzcy zdrowia.

* Według wykazu urzędowego w tygodniu 36-tym (7—13 września r. b.) w Krakowie na 76.393 mieszkańców było małżeństw 11, urodzin 59, skonów 58, pomiędzy temi z odry 4, z dyfteryi 3, z duru brzusznego 1, z czerwonki 1, z gruźlicy 8, z zap. płuc 6, z nieżytu żołądka i jelit 14.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 38: Radziszewskiego: Notatki z kazuistyki położniczéj wiejskiéj (dok.). — W *Gaz. Lek.* Nr. 38: Biegańskiego: Przypadek rozsianego zapalenia nerwów wskutek zatrucia wyskok.; Dmochowskiego: Nowy sposób ilościowego określania acetonu w moczu. (dok.)

Redakcyja otrzymała:

Dr. BIERNACKI (Warszawa): Ueber d. Einwirkung d. Strychnins auf d. Grosshirn (Odbitka z *Therap. Monatsh.* 1890).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 4 Października 1890. Nr. 40.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	" 4 " 40 "	" " " " 3 "	" 7 "	" 12 "
Kwartalnie:	" 2 " 20 "	" " " " $1\frac{1}{2}$ "	" $3\frac{1}{2}$ "	" 6 "

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj Prof. Dra M. Madurowicza.

O cięciu cesarskiem zachowawczem w przypadkach zbliznowacenia pochwy.

Napisał
Dr. Stanisław Braun
pierwszy asystent téjże kliniki.

Jeżeli po siódmym miesiącu ciąży umiera ciężarna lub rodząca w takiéj chwili porodu, gdy szyjka maciczna nie jest na tyle rozszerzona, aby przez nią szybko wydobyć na zewnątrz płód, który może żyć jeszcze jakiś czas po śmierci matki, — to z chwilą, gdy matka przestaje oddechać, stwierdziwszy brak skurczów jéj serca otwieramy jamę brzuszną i macicę i wydobywamy płód.

Podczas gdy téj metody najdawniejszéj, zwanéj klasyczną, używamy jedynie po śmierci matki, to gdy nam przyjdzie rozwiązać matkę za życia drogą porodową sztuczną, wykonywamy cięcie cesarskie według metody Saengera lub Porry.

Metoda Saengera powstała w ostatnich czasach i jest obecnie powszechnie stósowaną. Jest ona bowiem metodą zachowawczą, to jest, że pozostawiając części rodne matce nie pozbawiamy jéj możności powtórnego zastąpienia.

W metodzie zaś Porry, jak wiadomo, wycinamy macicę razem z jéj częściami dodatkowemi, przez co robimy kobietę raz na zawsze niepłodną. Z tego to ostatniego powodu stosuje się metodę Porry bardzo rzadko, a jest ona wskazaną w następujących trzech przypadkach:

1) jeżeli macica jest dotknięta nowotworem złośliwym;

2) jeżeli istnieją wśród operacyi objawy zakaźnego zapalenia błony śluzowéj macicy;

3) jeżeli szyjka maciczna lub pochwa uległy zarośnięciu lub tak znacznemu ścieśnieniu bliznowatemu, że zachodzi obawa, aby podczas połogu nie zatrzymały się odchody połogowe ponad miejscem ścieśnionem (lochiometra).

W tych przypadkach przez zastosowanie metody Porry zapobiegamy już to zakażeniu połogowemu, już to krwotokowi.

Jakkolwiekby się zdawało, że powyższe wskazania do metody Porry są aż nadto uzasadnione i że w podobnych przypadkach należałoby wykonywać cięcie cesarskie li tylko według Porry, to przecież te wskazania, aczkolwiek skąpe, mogą być jeszcze więcéj ograniczone, jak to literatura z najnowszych czasów wykazuje. Jeżeli bowiem przejrzymy 135 przypadków cięcia cesarskiego zachowawczego, które wykonali różni operatorowie od roku 1882 do 1888 na całéj kuli ziemskiéj, a które ściśle według dat statystycznych zestawili Credé i Caruso w *Archiv für Gynaekologie*, to znajdziemy, że w pięciu przypadkach, w których według powszechnie przyjętych zasad wykonać należałoby cięcie cesarskie według Porry, zastósowano sposób Saengera. Są to cztery przypadki raka szyjki macicznéj, a jeden znacznego zbliznowacenia szyjki macicznéj i pochwy.

Przyczyną, dla czego rozwinęła się tak silna reakcyja przeciw cięciu cesarskiemu według Porry na korzyść sposobu Saengera, jest okoliczność, że, jak statystyka wykazuje, przypadków śmierci po sposobie Porry jest daleko więcéj niż po sposobie Saengera.

Ściśle biorąc mielibyśmy obecnie do cięcia cesarskiego według Porry zaledwo jedno wskazanie, to jest, jeżeli podczas operacyi stwierdzamy objawy zakaźnego zapalenia błony śluzowéj macicy.

Czy owo ograniczanie coraz to większe wskazań do wykonywania metody Porry, a przeciwnie rozszerzanie wskazań do sposobu Saengera, jest usprawiedliwione, na to pozwolę sobie przytoczyć kilka uwag w celu wyjaśnienia téj sprawy.

Jeżeli w przypadkach raka szyjki macicznéj przypadnie nam rozwiązać matkę drogą sztuczną, to nowotwór jest tak mocno rozwinięty, że zajmuje nietylko szyjkę maciczną, ale i tkankę łączną omaciczną, gruczoły kreskowe i pachwinowe. Są to przypadki tak daleko rozwiniętego charłactwa rakowego, że w podobnych razach, tak podczas ciąży, jak i po za okresem płodzenia nie można już myśléć o leczeniu doszczętnem. Kobieta jest straconą, a jeżeli wykonywamy cięcie cesarskie, to jedynie dla tego, aby uczynić zadość zasadzie:

„ratować co się da“. Jeżeli wydobędziemy płód i do tego żywy, to zadanie nasze lecznicze jest już skończone. Cierpienie bowiem główne nie zostanie ani doszczętnie wyleczone, ani w rozwoju dalszym powstrzymane, czy to po wydobyciu płodu odetniemy macicę z częściami dodatkowemi i wszyjemy szypułę w dolny kąt rany brzusznéj, jak to poleca Perro; czy też macicę zeszyjemy dokładnie, oczyścimy i zapuścimy do jamy brzusznéj, jak tego wymaga sposób Saengera. Rozpad nowotworu, który może wywołać ogólne zakażenie, nie może być powstrzymany ani jedną ani drugą metodą, zależy bowiem od utrudnionego krążenia w samym nowotworze. Co się tyczy krwotoku, to może on powstać z nowotworu po każdéj metodzie.

Ta tylko zachodzi różnica pomiędzy postępowaniem pierwszem a drugiem, że metoda Porry wymaga więcéj czasu niżeli metoda Saengera, co dla organizmu już i tak znacznie zniszczonego przez charłactwo rakowe nie jest rzeczą obojętną; powtóre, że leczenie następowe po metodzie Saengera jest więcéj uproszczone i krótsze, niż po metodzie Porry.

Jak z tego widać i do przypadków, gdzie macica jest dotknięta nowotworem złośliwym, nadaje się lepiéj sposób Saengera.

Inaczéj rzecz się ma, czy w przypadkach zbliznowacenia pochwy mamy wykonać cięcie cesarskie według metody Saengera lub Porry?

Jeżeli zbliznowacenie pochwy jest tak znaczne, że o usunięciu ścieśnienia czy to naturalnem przez napierającą główkę na miejsce zwężone, czy to sztucznem drogą krwawą przez nacięcia boczne miejsca zwężonego, albo drogą bezkrwawą przez wprowadzenie ciał pęczniejących, rozszerzadeł metalowych lub kauczukowych coraz to większych, baloników coraz więcéj płynem desinfekcyjnym wypełnionych, mowy być nie może i wtedy otwieramy jamę brzuszną i macicę, wydobywamy na zewnątrz płód wraz z popłodem. Jeżeli teraz macicę dokładnie oczyszczoną zeszyjemy i zapuścimy do jamy brzusznéj, to w warunkach korzystnych połóg może przebiegać zupełnie prawidłowo i po trzech tygodniach można położnicę uważać za zupełnie zdrową. Po kilku miesiącach można podjąć operacyję w celu usunięcia ścieśnienia pochwy. Przez cały czas atoli po operacyi musimy być przygotowani na możność wystąpienia dwóch arcyniebezpiecznych powikłań, a mianowicie: krwotoku i zatrzymania się odchodów połogowych w większéj ilości w macicy z powodu utrudnionego odpływu na zewnątrz (lochiometra). Krwotok po cięciu cesarskiem według sposobu Saengera występuje albo z niedowładu macicy, jeżeli poród przedtem bardzo długo trwał i szyjka maciczna uległa nadmiernemu rozszerzeniu, albo jeżeli została przecięta tętnica maciczna, jak się to zdarza, jeżeli przecinamy macicę bardzo nisko poniżéj pierścienia zwężającego Schroedera.

W przypadkach krwotoku lżejszych stosujemy okłady lodowe na brzuch, nacieramy dno macicy, podajemy przez usta lub w lewatywach przetwory sporyszu, wstrzykujemy pod skórą ergotynę, co działa najprędzéj i najskuteczniéj.

W przypadkach krwotoku cięższych stoimy przed chorą dosyć bezczynni, gdyż niemożemy z powodu zwężenia pochwy zastosować innych środków działających od pochwy bardzo korzystnie na powstrzymanie krwotoku, jak wstrzykiwania wody karbolowéj słabéj, oziębionéj lub ogrzanéj do 40° C., tamponowania gazą jodoformową macicy i pochwy według Dührsena, masowania wnętrza macicy. W takim razie będzie się gromadzić krew w coraz to większéj ilości w jamie macicy i może sprowadzić śmierć matki, albo przez ostrą niedokrewność, albo przez zapalenie otrzewny, jeżeli krew nagromadzona sprowadzi pęknięcie szwów rany macicznéj i przedostanie się do jamy brzusznéj.

Taki sam niepomyślny wynik operacyi nastąpić może, jeżeli zamiast krwi odchody połogowe nagromadzą się w większéj ilości w macicy i przedostaną się choćby w skąpéj ilości do jamy brzusznéj.

Dlatego to w czasach, kiedy nieumiano dokładnie zespoić rany macicznéj, tak często przychodziło po cięciu cesarskiem klasycznem do śmiertelnego zapalenia otrzewny z powodu przedostania się odchodów połogowych do jamy brzusznéj.

W przypadku tak znacznéj lochiometra można jeszcze uratować chorą przebiciem macicy od strony pochwy lub kiszki stolcowéj za pomocą grubego trójgrańca Flouranta, przez pozostawioną kaniulę mogą odpływać odchody i mniejsze skrzepy krwi, przez co zawartość macicy znacznie się pomniejszy i niebezpieczeństwo zostanie usunięte.

W daleko trudniejszem położeniu znajduje się lekarz, jeżeli w przypadku zbliznowacenia pochwy przyjdzie w połogu do zakaźnego zapalenia błony śluzowéj macicy. W takich razach obok podawania kalomelu wewnętrznie, mniéj skutecznie leków przeciwgorączkowych, wysokich dawek alkoholu, jak wina, koniaku, pożywnéj, płynnéj dyjety, stosowania kąpieli letnich z zimnemi natryskami, zawijań w zimne prześcieradła, obmywania ciała z octem na wpół z wodą, najenergiczniejszym i najskuteczniejszym środkiem jest wystrzykiwanie częste jamy macicy ciepłym 3% kwasem karbolowym i założenie do szyjki macicznéj pręcików jodoformowych lub gazy jodoformowéj zanurzonéj w 5% kwasie karbolowym. W przypadkach cięższych uratować można chorą przez łyżeczkowanie wnętrza jamy macicy z następowem odwietrzaniem. Wprawdzie w pierwszych dniach po cięciu cesarskiem zachowawczem nawet w przypadkach drożnéj pochwy nie można wstrzykiwać płynów odwietrzających, z obawy, aby się nie przedostały do brzucha, ale możnaby zakładać dla odwietrzania macicy pręciki jodoformowe lub gazę jodoformową, a w późniejszym czasie nawet wystrzykiwać byle ostrożnie, jak i łyżeczkować, jeżeli zajdzie nagląca potrzeba.

Tych wszystkich procedur nie można zastosować, jeżeli pochwa jest znacznie zwężona. (Dok. nast.).

II. Elektroliza przy leczeniu raków nie nadających się do operacyi.

Podał
Dr. H. Schramm we Lwowie.

Elektroliza to rzecz nie nowa w medycynie. Stosowano ją od lat kilku w rozmaitych celach, jak do leczenia *acne rosacea*, w celu usunięcia zwężeń, zwłaszcza cewki moczowéj, do leczenia tętniaków i t. p. Apostoli wprowadził metodyczne leczenie elektrolizą guzów macicy, a od tego czasu pojawiają się próby leczenia tym sposobem także innych nowotworów. Gdy jednak spostrzeżenia te są jeszcze skąpe, a zdania co do wartości znanego sposobu leczenia podzielone, nie będzie może zbyteczne, gdy podam moje na tem polu doświadczenia, które lubo jak dotąd skąpe, mogą się przecie przyczynić do rozstrzygnięcia téj kwestyi.

Pierwszym z moich chorych był mężczyzna 56-letni, dotknięty rakiem krtani, który zajął już liczne gruczoły limfatyczne na szyi, zwłaszcza po stronie lewéj, a obok istniejącego znacznego przerostu gruczołu tarczykowego wywołał tak znaczną duszność, że konieczne było wykonanie

tracheotomii. W kilka dni po téj operacyi zacząłem stosować prąd elektryczny. Używałem prądu do 20 milim., przykładając elektrody wielkości srebrnego guldena po prawéj i lewéj stronie szyi. Po 8 posiedzeniach trwających po 5 minut obrzęk na szyi się zmniejszył o 5 centimetr., głównie przez zmniejszenie się gruczołu tarczykowego, podczas gdy twarde, rakowato naciekłe gruczoły limfatyczne pozostały niezmienione. Natomiast wystąpiła zgorzel brzegów rany i błony śluzowéj tchawicy, o ile takowe stykały się z rurką metalową, leżącą w tchawicy. Następstwem było gnilne zapalenie płuc i śmierć w 16 dni po tracheotomii. Być może, że tego powikłania dałoby się uniknąć przez założenie rurki kauczukowéj, która nie będąc dobrym przewodnikiem elektryczności, nie byłaby może sprowadziła zgorzeli przylegających części rany. W przypadku tym jednak musiałem z powodu znacznego obrzęku na szyi stosować spiralną kaniulę Königa, odpowiedniéj kaniuli kauczukowéj nie miałem pod ręką. Działania elektrolizy jednak korzystnego na rakowato zmienione tkanki w tym przypadku nie mogłem zauważyć.

Drugi przypadek dotyczy chorego 74-letniego, u którego przed 2 laty wykonałem prawie całkowite wycięcie języka z powodu raka i wyłuszczyłem zwyrodniałe gruczoły limfatyczne po prawéj stronie szyi. W połowie kwietnia br. zgłosił się do mnie chory z tak rozległą recydywą na szczęce dolnéj i w gruczołach limfatycznych, że o ponownym zabiegu operacyjnym nie mogło już być mowy. Chory cierpiał na znaczne bóle neuralgiczne w prawéj połowie głowy i nieznośne strzykanie w prawem uchu tak, że po nocach nie mógł sypiać, mimo znacznych dawek chloralu. Zacząłem więc stosować elektrolizę o prądzie 12 do 16 milim. ampère, przykładając elektrody na różne części nowotworu na szyi i szczęce na każdem miejscu po 3 minuty tak, że jedno posiedzenie trwało kwadrans.

Skutek był ten, że bóle neuralgiczne i strzykanie w uchu ustąpiły zupełnie, a pacyjent po 2 tygodniach pojechał do domu. W 10 dni późniéj jednak powrócił, gdyż dawne przypadłości wróciły w téj saméj sile. Odtąd elektryzuję tego chorego codziennie od 20 maja, zatem odbył posiedzeń już blisko 70. Muszę jednak powiedzieć, że skutek przedmiotowy jest żaden. Nowotwór nie zmniejsza się wcale, owszem powiększa się wprawdzie bardzo powoli, ale wnosząc z poprzedniego przebiegu i bez elektrolizy nie rósłby prędzéj. Przy codziennem stosowaniu elektrolizy utworzył się nowy przerzut w niżéj położonym gruczole limfatycznym, a w ostatnich dniach zaczyna się rozpad nowotworu na szyi. Jedyną korzyścią jest, że bóle neuralgiczne, które dawniéj choremu tak dokuczały, dotychczas nie wróciły.

Wyniki zatem moje są o wiele niekorzystniejsze, niż w przypadkach opisanych przez Jaworowskiego, być może z powodu, że Jaworowski nie miał przed sobą nowotworów rakowych. Z moich spostrzeżeń wynikałoby, że przy rakach nie można sobie obiecywać z elektrolizy jakichś nadzwyczajnych wyników, że środek ten można uważać tylko jako środek kojący bóle; zresztą dalsze doświadczenia są konieczne do wydania ostatecznego sądu o téj w każdym razie ważnéj sprawie.

III. Mięsak rogówki.

Podał

Dr. med. **Konrad Rumszewicz** w Kijowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39).

Wyniki badania histologicznego nowotworu.

A) Zmiany w spojówce. Ponieważ, jak powyżéj już przytoczyłem, ledwo nie wszystkie nowotwory rogówki, według spostrzeżeń dotychczasowych, pochodziły od spojówki, i powstawały zwykle w okolicy rąbka téjże; na stan spojówki szczególną zwróciłem uwagę, co tem łatwiéj było ze względu, że obcięcia jéj dokonałem na znacznéj odległości od rąbka. Spojówka najbardziéj była zgrubiałą w okolicy górnego i zewnętrznego wycinka. Nabłonek wszędzie był bardzo zgrubiały: stanowiły go około 10 lub więcéj nawet warstw komórek. Komórki warstwy najgłębszéj kształt miały sześcienny, komórki warstw następujących były okrągłe lub nieprawidłowe, wreszcie komórki warstw zewnętrznych zupełnie płaskie. W odległości przeszło 2 mm. od rąbka nabłonek tworzył czopki, zwykle coraz wyższe w kierunku ku rąbkowi, aż wreszcie na samym rąbku w miejscu, w którem zwykle spostrzegamy znaczne zgrubienie nabłonka, wysokość spostrzeganych na cięciach czopków znacznie przenosiła 0·5 mm., w niektórych miejscach wierzchołki czopków dochodziły nawet ledwo nie do saméj błony Descemeta. Czopki te były widzialne na wszystkich zgoła cięciach, tworzyły więc one dokoła brzegu rogówki jakby koronę.

Wskutek powstawania owych czopków nabłonkowych na spojówce nieopodal brzegu rogówki spostrzegaliśmy bardzo rozwinięte brodaweczki błony śluzowéj. Brodaweczki te składały się z luźnéj tkanki łącznéj i posiadały obficie komórki okrągłe, zwłaszcza w pobliżu dość grubych pętel naczyniowych o cienkich ścianach, które się w każdéj brodaweczce znajdowały. Głębiéj znalazłem grubą warstwę luźnéj tkanki łącznéj, zawierającą powstające na nowo naczynia i dość liczne komórki, chociaż okrągłych komórek napotykałem tu już bardzo niewiele. Warstwa téj tkanki w kierunku ku brzegowi rogówki coraz cieńszą się stawała, opisana zaś wyżéj korona nabłonkowa, w miejscu rąbka położona, wyraźnie oddzielała ją od brzegu rogówki. Naczynia krwionośne bardzo były zgrubiałe na całéj przestrzeni wyciętéj spojówki, w okolicy zaś górnego i zewnętrznego wycinka, na przestrzeni przeszło 3 mm. dokoła obwodu rogówki, spojówka miała budowę raczéj naczyniaka jamistego, tak dalece obfitowała w naczynia. Gdy naczynia brodaweczek miały bardzo cienkie ściany, te naczynia stosunkowo bardzo grube miały ściany; pomiędzy niemi znajdowała się tkanka łączna w bardzo małéj ilości, w tkance zaś téj komórek okrągłych wcale już nie było. Miejsce to więc spojówki pod względem budowy swéj znacznie się różniło od pozostałych części spojówki, przeważały tu naczynia krwionośne dla nowotworu przeznaczone. Naczynia te nie rozgałęziały się w obrębie spojówki, lecz przez koronę nabłonkową wstępowały do rogówki i późniéj dopiero do samego nowotworu. Ściany naczyń, jak powiedziałem już, dość znaczną miały grubość, ta zaś łatwo tłumaczy brak w miejscu tem komórek okrągłych, gdyż warunki dla występowania takowych z naczyń krwionośnych nie były łatwe; przeciwnie w pobliżu cienkich naczyń krwionośnych, zwłaszcza w obrębie powstałych w spojówce gałki brodaweczek, komórki okrągłe w bardzo znacznéj napotykałem ilości. Prócz opisanego, że tak powiem, naczyniowego pasemka w okolicy górnego i zewnętrznego wycinka, naczynia krwionośne wstępowały do nowotworu jeszcze w kilku innych miejscach, lecz były tu one o wiele cieńsze, nadto znajdowałem je stosunkowo w bardzo małéj ilości, bo też, jak niebawem opiszę, szczególny stosunek nowotworu do rogówki li tylko w obrębie tego wycinka ułatwiał wstęp naczyń do nowotworu, mianowicie w tem tylko miejscu nowotwór był najbardziéj zbliżony do rąbka spojówki, naczynia zaś najbliższą obierały drogę; to też w miejscach, gdzie podstawa nowotworu bardzo była oddaloną od rąbka spojówki, naczynia wcale doń nie wstępowały; w okolicy wewnętrznego i dolnego wycinka wcale też ich nie spostrzegałem. Wspomnę jeszcze, że w tkance łącznéj zgrubiałéj błony ledwo nie wszędzie znajdowałem bardzo obfite wynaczynienia, które były głównym powodem pośmiertnego jeszcze znaczniejszego zgrubienia błony łącznéj gałki; grubość jéj w wielu miejscach wynosiła przeszło 2 mm. Wynaczynienia powstały prawdopodobnie podczas operacyi; w obrębie wycinka naczyniowego wcale ich nie spostrzegałem.

Tak więc szczegółowe badanie spojówki stanowczo nie wykryło w niéj żadnego nowotworu, cały zaś udział jéj w budowie nowotworu zależał li tylko na tem, iż dostarczała mu naczyń krwionośnych. Pomiędzy naczyniami temi znajdowała się uboga w komórki włóknista tkanka łączna, nadto w ilości bardzo nieznacznéj. Dodać mi tu wypada, że zmiany, które w spojówce znalazłem, najzupełniéj przypominają zjawiska, opisane niedawno przez Schöbla w pracy jego: *Bemerkungen über Conjunctivitis hyperplastica et Catarrhus*

vernalis (*Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde*, 1890, kwiecień). Wspomina też on sam, że podrażnienie, które wywołuje zmiany *Conjunctivitidi hyperplasticae* właściwe, pochodzić może niekiedy również od powstających w spojówce złośliwych nowotworów. W naszym przypadku wywołało je powstanie nowotworu w rogówce.

B) Nabłonek nowotworu i stosunek nowotworu do rogówki. Z rogówki nabłonek bezpośrednio przechodził na nowotwór. Przytem budowa warstwy nabłonkowéj o tyle chyba ulegała zmianie, że stawała się ona znacznie cieńszą, gdyż stanowiły ją już nie kilkanaście, lecz 5—7 warstw komórek, nadto komórki warstwy wewnętrznéj traciły kształt walcowaty i stawały się płaskiemi. Na zewnętrznéj powierzchni nowotworu komórki były zrogowaciałe. Największą grubość warstwa nabłonkowa miała bezpośrednio obok saméj podstawy nowotworu, o któréj też w tem miejscu wypada pomówić nieco obszerniéj.

Już pierwsze badanie chorego udowodniło, że podstawa nowotworu w kształcie płaskiego grzyba wyrosłego, o wiele mniejszą była od saméj rogówki, mianowicie nader ostrożne co prawda badanie za pomocą sondy zniewalało do przypuszczenia, że tylko w okolicy górnego i zewnętrznego wycinka nowotwór dochodził do brzegu rogówki, rąbek zaś był zupełnie swobodny; w innych natomiast okolicach brzeg podstawy nowotworu znacznie był posunięty ku wewnątrz od brzegu rogówki. Badanie drobnowidowe dowiodło, że nawet w okolicy górnego i zewnętrznego wycinka, poza wspomnianą już a odpowiadającą rąbkowi spojówki koroną nabłonkową, nabłonek posuwał się ku środkowi rogówki jeszcze prawie o 3 mm.; brzeg jego wewnętrzny znajdował się znacznie ku wewnątrz od wierzchołków wyrostków rzęskowych, od korony rzęskowéj, a więc bezwarunkowo w obrębie nie białkówki, lecz saméj rogówki. Warstwa nabłonkowa była tu znacznie zgrubiałą, gdyż powstawała jakby wskutek połączenia nabłonków rogówki i nowotworu, czyli była jakby wspólną dla obu. Naczynia krwionośne wstępowały do nowotworu, następnie rozgałęziały się w kierunku promienistym. Już wyżéj powiedziałem, że w wycinku naczyniowym spojówki nie spostrzegaliśmy okrągłych komórek, lecz tylko w nieznacznéj ilości włóknistą tkankę łączną. Ten sam stosunek spostrzegaliśmy już po wstąpieniu naczyń do tkanki rogówki, a następnie do nowotworu, z tą chyba różnicą, że przy zupełnym braku nacieczenia drobnokomórkowego, szypułka, że tak powiem, nowotworu zawierała obficiéj luźną tkankę łączną. W okolicy rogówki, przyległéj do wycinka naczyniowego spojówki, naczynia zajmowały całą jéj grubość, dochodząc ledwo nie do saméj błony Descemeta, a wskutek tego właściwa tkanka rogówki występowała tu bardzo słabo i li tylko w warstwie wewnętrznéj, gdyż inne warstwy znowu przypominały raczéj naczyniowy układ jamisty.

Tak więc nawet w wycinku górnym i zewnętrznym podstawa nowotworu znacznie była odsuniętą od brzegu rąbka rogówki. W pozostałych częściach obwodu badanie drobnowidowe udowodniło jeszcze znaczniejsze odsunięcie. Tak na przykład w okolicy dolnego i wewnętrznego wycinka mogłem przesunąć sondę o 3 mm. od rąbka ku środkowi rogówki, badanie zaś drobnowidowe dowiodło, że w miejscu tem w istocie na przestrzeni 3 mm. rogówka i nowotwór miały osobne powłoki nabłonkowe, daléj zaś obie powłoki łączyły się razem i jako bardzo gruba wspólna warstwa kierowały się ku górze i ku zewnątrz. Warstwa ta oddzielała nowotwór od rogówki tak dalece, że podstawa pierwszego miała powierzchni mniéj lub więcéj 3 mm. kw. i była położoną w obrębie górnego i zewnętrznego wycinka rogówki, lecz ku wewnątrz od brzegu téjże, a dłuższy wymiar miał kierunek od góry ku dołowi.

Dziwną budowę posiadała ta nabłonkowa warstwa demarkacyjna. Nabłonek rogówki bliżéj brzegu jéj na razie w niczem się nie różnił od prawidłowego. Gdy na pewnéj odległości od brzegu rogówki (odległość zaś ta, jak opisałem już, była bardzo rozmaitą, niekiedy nawet równała się 8 mm.), warstwy nabłonkowe rogówki i wewnętrznéj powierzchni nowotworu łączyły się ze sobą, powstała w ten sposób nabłonkowa warstwa demarkacyjna zwykle na pewnéj przestrzeni w kierunku ku zewnątrz znaczną i zrazu zwykle jednostajną miała grubość. Prawidłowości budowy obu części składowych nabłonka dostrzegaliśmy tu tylko już o tyle, że warstwy, zwrócone ku błonie Bowmana i ku wewnętrznéj powierzchni nowotworu, kształt miały sześcienny, wszystkie zaś inne komórki nabłonkowe przybierały kształt płaski; o wielkości komórek nabłonkowych niby się nie dało powiedzieć. Im daléj ku wewnątrz, tem bardziéj warstwa demarkacyjna stawała się nieprawidłową, mianowicie na powierzchni jéj powstawały liczne wyniosłości, daléj czopki, w końcu, zwłaszcza obok miejsca bezpośredniego połączenia nowotworu z samą rogówką, na cięciach spostrzegaliśmy spore masy okrągłe, podługowate lub wreszcie zupełnie nieprawidłowe z tkanki nabłonkowéj utworzone, a połączone z brzegiem warstwy demarkacyjnéj bądź szeroką podstawą, bądź też za pomocą cienkich szypułek, a wskutek tego, gdy cięcie nie wypadło w kierunku szypułek, w wielu miejscach spostrzegałem odosobnione masy nabłonkowe, często dwie lub więcéj obok siebie położone. Wielkość ich tak dalece znaczną była, że średnica często przenosiła 0·5 mm., na wyrobach więc odpowiednio zabarwionych swobodnie mogliśmy spostrzedz je gołem okiem. Wyrostki nabłonka i utwory szypułkowate były skierowane przeważnie ku nowotworowi, jednakże niekiedy spostrzegaliśmy je i w saméj rogówce, a tu tworzyły one jakby dalszy szereg czopków, powstałych w przyległych do rogówki częściach spojówki gałki. Niekiedy masy okrągłe najzupełniéj przypominały cebulki w rakowcu spostrzegane. Tworzenie czopków i wyrostków nabłonkowych dochodziło do samego obwodu nowotworu, właśnie w tem miejscu czopki dochodziły niekiedy od wewnętrznéj powierzchni nowotworu aż do zewnętrznéj tak, iż wskutek tego na cięciach pewne części nowotworu przedstawiały się jako zupełnie oddzielone od masy ogólnéj.

Brzeg więc nabłonkowéj warstwy demarkacyjnéj, czyli właściwie brzeg otworu w niéj, przez który nowotwór łączył się bezpośrednio z rogówką, nie tylko nie był cienki, lecz



przeciwnie znacznie zgrubiały, częstokroć bardzo nieprawidłowy z wyjątkiem wycinka górnego i zewnętrznego rogówki, przez który, jak wspomniałem już, wstępowały do nowotworu ledwo nie wszystkie naczynia krwionośne od spojówki doń zmierzające, w błonie Descemeta ani też w warstwach głębszych istoty własnéj rogówki żadnych zgoła zmian nie znalazłem, w warstwach zewnętrznych natomiast spostrzegłem znaczniejsze jeszcze niż zwykle rozluźnienie blaszek rogówki i może nieco znaczniejszą obfitość stałych komórek rogówki. Nacieczenia drobnokomórkowego nie było ani śladu, zresztą przy oględzinach chorego, mogliśmy się przekonać, że część rogówki dla oka widzialna zupełnie nawet była przeźroczystą. Również błona Bowmana najpiękniéj była przechowaną pod nabłonkiem rogówki do wspomnianego otworu w warstwie demarkacyjnéj. W obrębie tego otworu całość błony była naruszoną i jakkolwiek spostrzegaliśmy ją w niektórych miejscach, lecz najczęściéj lub wcale jéj nie było, lub też zmieniała ona swój kierunek (patrz rysunek) udając się bardziéj ku przodowi i wchodząc na nieznacznéj przestrzeni nawet do szypułki nowotworu. Wyraźnem też było, że przednie warstwy istoty właściwéj rogówki podnosiły błonę Bowmana, naruszały jéj całość i następnie wstępowały do istoty nowotworu. (Dok nast.)

IV. O nerwicach urazowych.

Podał
Doc. Dr. Gustaw Piotrowski.

(Dok. Patrz Nr. 39).

W końcu poruszyć muszę kwestyję nader ważną, w monografii Oppenheima nie dosyć uwzględnioną, mianowicie kwestyję symulacyi. Robotnicy i służba kolejowa dla zapewnienia sobie w łatwy sposób wynagrodzenia pieniężnego korzystają z nadarzającego się przypadku i udają pewne objawy chorobowe. Szczególnie w miejscach, gdzie ruch czy to kolejowy, czy to fabryczny jest więcéj ożywiony i gdzie przypadki są częstsze, oszuści ucząc się na prawdziwie chorych naśladują ich ze zdumiewającem mistrzowstwem. Seeligmüller opisuje robotnika kolejowego, który przez 3 miesiące udawał drżenie rąk i nóg. Benedikt zaś opisuje żołnierza symulującego drżenie ramienia tak długo, że nie ustawało ono jeszcze czas dłuższy już po przyznaniu się do winy. Drżenie takie jest nadzwyczaj trudne do sprawdzenia. Seeligmüller radzi, aby w podobnych przypadkach, mianowicie jeśli się odnosi do kończyn dolnych, położyć pacyjenta w łóżku na brzuch, aby nie mógł widzieć swych nóg, następnie zgiąć mu nogi w kolanach tak, aby podudzie stało prostopadle do uda. Wtedy ustanie drżenie, a skoro się nogi opuści, drżenie nie pojawi się odrazu, lecz dopiero w czas pewien, jeśli jest symulowane. Jeśli się następnie podłoży pod palce u nóg szybę szklaną posmarowaną oliwą, wtedy drżenie również ustanie.

Oppenheim zarzuca temu sposobowi zupełny brak wartości, twierdząc, że drżenie, jakie powstaje w *sclerosis disseminata, paralysis spinalis spastica* itd. przez naciąganie ścięgna Achillesa przy oparciu palca wielkiego i zgięciu stopy, również ustaje w powyższych warunkach.

Seeligmüller ze swéj strony usiłuje odpierać ten zarzut, odnosząc swój sposób do przypadków, gdzie drżenie jest jedynym tylko objawem chorobowym i podaje, że stwierdził nieustawanie tegoż przy swojéj próbie w chorobie Parkinsona.

Z kolei znów zarzuca Oppenheim, że drżenie u histeryków i neurasteników również łatwo znika przy kontroli sposobem Seeligmüllera. Zarzut to nader ważny, tem więcéj, że jak Pitres wykazał w artykule swoim *Des tremblements histériques. Progr. méd.* 1889, Sept. Nr. 37—33, występuje w histeryi stosunkowo dość często drżenie nóg w postawie siedzącéj lub stojącéj, które ustępuje zupełnie w postawie leżącéj. Tak więc rzeczywiście próba Seeligmüllera nie jest stanowczo rozstrzygającą.

O wiele łatwiéj już wykazać można udawanie porażeń czy to wiotkich, czy to skurczowych.

Jeżeli np. rozchodzi się o porażenie ramienia, wtedy stosuje się prąd faradyczny na splot ramieniowy dostatecznéj siły, ażeby podnieść ramię w górę. Następnie zwraca się uwagę badanego w innym kierunku i albo powoli osłabia siłę prądu, lub też nagle go się przerywa przy drgającym ciągle młoteczku przyrządu indukcyjnego. Jeżeli porażenie jest prawdziwe, wtedy ręka albo opada powoli równocześnie z osłabieniem prądu, lub też nagle z usunięciem tegoż, podczas gdy symulant trzyma jeszcze ramię wzniesione dłuższy czas, zanim się zdoła połapać w swem położeniu.

Symulowanie przykurczeń możnaby sprawdzić za pomocą sposobu, którego w swym czasie używał Charcot dla udowodnienia prawdziwości przykurczeń w hypnozie. Weźmy konkretny przypadek, np. zaciśnięcia palców u ręki. Jeśli się rękę przymocuje, dajmy na to do stołu za pomocą bandaża, a następnie obwiąże palce opaską przymocowaną do sznurka przeciągniętego przez bloczek w ten sposób, że ciężarki umieszczone na końcu sznurka dążą do wyprostowania palców, to po pewnym czasie, czy by to było przykurczenie udane, czy też prawdziwe, wywołane suggestyją w hypnozie, palce zaczną się powoli roztwierać przy dostatecznem ciążeniu. Jeśli jednakże zapisywać się będzie równocześnie na walcu ruchy oddechowe za pomocą pneumografu, wtedy otrzyma się rozmaite stosunki. W przykurczeniach prawdziwych pneumograf zapisze ruchy oddechowe spokojne, jednostajne. U symulanta zaś będą się stawały coraz więcéj nieregularnemi, już to szybszemi i powierzchowniejszemi, już to rzadszemi i głębszemi, w miarę wysiłku w celu utrzymania przykurczenia.

Co do unieruchomień członków, ankyloz, to nieznane mi są przypadki symulacyi, zachodzi jednak inna trudność rozpoznawcza, a mianowicie, czy ankyloza jest na tle czysto nerwowem, histeryczna, czy też z podstawą anatomiczną. Najpewniejsze jeszcze w tych razach badanie w narkozie chloroformowéj nie zawsze daje wyniki rozstrzygające. Charcot opisuje przypadki, w których przy podobnem badaniu nie znaleziono żadnych zmian w stawie, jak np. chrzęszczenia, ankylozę uznano za histeryczną, a jednak skoro się bóle wzmagały i po pewnym czasie ponownie w tenże sposób badano, wykazano wybitne chrzęszczenie, a nawet tworzenie się ropni.

Badanie czucia nie napotyka zwykle zbyt wielkich trudności. Ja postępuję zwykle w ten sposób, że chorego z zasłoniętemi oczyma dotykam n. p. w ramię, pytając się, czy czuje dotknięcie, równocześnie zaś ukłuwam niespodzianie i dostatecznie silnie badanego w inne miejsce, przyczem chory oddziaływa na ból, jeżeli znieczulenie nie jest prawdziwem. Co do próby pędzlem faradycznym, to należy pamiętać, że chory bardzo silne prądy może odczuwać i oddziaływać na nie gwałtownie, mimo że nie czuje kłucia skóry szpilką, prąd bowiem silny działa w tych razach i na głębsze warstwy. Nawet w razach, gdy badany jest na tyle wytrzymały, iż nie zdradza bólu niczem na zewnątrz, możemy sprawę rozstrzygnąć, zapisując ruchy oddechowe pneumografem, ruchy serca

kardyjografem, w końcu zmiany naczyniowe pletysmografem. Wszystkie te sposoby wykażą nam dokładnie oddziaływanie odruchowe narządu oddechowego i krążenia przy silniejszem podrażnianiu nerwów czuciowych. W badaniu czucia trzeba jednak również pewną ostrożność zachować, zmiany bowiem tegoż podlegają w tych przypadkach wahaniom, jak to wykazał Oppenheim. Jakkolwiek wahania te nie są zbyt znaczne, nigdy w tym stopniu, jak w czystéj histeryi, w każdym razie trzeba się liczyć z niemi i w sądzie być oględnym.

Ścieśnienie pola widzenia symulowane wykazać można dokładnemi i częściéj powtarzanemi pomiarami za pomocą perimetru. Jasną jest bowiem rzeczą, że niepodobieństwem jest udawać je z pewną, choćby przybliżoną zgodnością i z zachowaniem fizyjologicznego następstwa barw. Jak wiadomo najobszerniejsze pole widzenia jest dla barwy białéj, następnie niebieskiéj, potem czerwonéj, zielonéj, w końcu fijołkowéj. Zazwyczaj ścieśnienie pola widzenia bywa w tem samem następstwie, z wyjątkiem w histeryi, gdzie czasem pole widzenia jest szersze dla barwy czerwonéj, aniżeli niebieskiéj. I tutaj jednak wyniki badań trzeba oceniać z bardzo wielką przezornością. Jeśli się ponawia kilkakrotnie badanie pola widzenia dla barwy białéj, to otrzymuje się za każdym razem prawie że najdokładniéj te same wyniki. Inaczéj rzecz się ma dla barw. Badając obecnie gruntowniéj te stosunki, miałem sposobność przekonać się, że wyniki w tych razach otrzymane u osób bardzo inteligentnych różnią się nieraz nader znacznie przy ponownych rozmiarach. Jedną z najgłówniejszych przyczyn jest ta, że nie u wszystkich barw można granice ściśle oznaczyć. Najdokładniéj jeszcze spostrzedz ją można przy barwie niebieskiéj. Już o wiele trudniéj dla barwy zielonéj. Z początku bowiem widzi się barwę oliwkowo-żółtą, która dopiero zwolna w zieloną przechodzi. Jeszcze jednak przejście to jest ostrzejsze, aniżeli dla barwy czerwonéj. Tę widzi się najpierw jako żółtą, która powoli ciemnieje, staje się pomarańczową i ta znów różne odcienie pokazuje, nim się stanie wybitnie czerwoną. Tutaj więc granice bardzo trudno, szczególnie u pewnych jednostek, oznaczyć. Ma to tem donioślejsze znaczenie, że właśnie zwężenie pola widzenia jest częstsze w nerwicach urazowych dla barw, aniżeli dla przedmiotów, gdzie oznaczanie jest o wiele ściślejsze.

Najtrudniejsze, często usuwające się z pod kontroli, są zmiany psychiczne, szczególnie jeżeli są jedynym objawem chorobowym. W wielu też przypadkach trudno jest zakreślić jakiś szablon postępowania, lekarz pozostawiony jest własnéj wiedzy i pomysłowości, a jak trudnem jest jego zadanie mimo tylu opisanych sposobów wykrywania udawania, wie o tem każdy, kto się tą sprawą zajmował i trochę więcéj ma w niéj doświadczenia.

Oczywiście, że i co do moich chorych zadawałem sobie pytanie, o ile objawy przez nich podawane są prawdziwe.

Chory objęty Nr. 3 już raz przegrał w sądzie sprawę, lekarze bowiem sądowi nie znaleźli objawów pozostających w związku z przypadkami kolejowemi. Dopiero po zbadaniu Emila P. (Nr. 2) przybył do mnie, aby jego też zbadać. Uderzającem było, że skarżył się na wszystkie te same przypadłości, co i jego poprzednik, a mianowicie bezsenność, mary trapiące, impotencyję, biegunkę trwającą od przypadku itd., co wszystko recytował jak lekcyję na pamięć wyuczoną. W odpowiedziach tak się nieraz sprzeciwiał, tak się nie zgadzał ze samym sobą, że już na podstawie badania powtórzonego kilka razy trzeba było powziąć przekonanie, że się ma do czynienia jeśli nie ze symulantem, to przynajmniéj z człowiekiem olbrzymio przesadzającym. Objawy przedmiotowe, jak zwiększona odruchowość, wygórowana pobudliwość mięśni na bodźce mechaniczne, właściwa mięśniom zanikającym, w końcu tętno lekko przyspieszone, wszystko to jest bardzo dobrze wytłomaczone sprawą gruźliczą. Skoro wreszcie przekonałem się, że poprzednio przy rozprawie podawał cierpienia zupełnie odmiennéj przyrody, a tych nabył dopiero po dokładniejszem poznaniu się z Emilem P., musiałem nabrać pewności, że mam do czynienia z symulantem i odradzać mu tylko dalszych kroków.

U Emila P. mamy kilka objawów przedmiotowych, jak zwężenie pola widzenia, podwyższenie odruchów, drżenie rąk i nóg, przyspieszenie tętna itd. Co do zwężenia pola widzenia i podwyższenia odruchów, to z łatwością mogłem stwierdzić ich prawdziwość. Przyspieszenie tętna nie było wywołane chwilowem jakiemś wzruszeniem, gdyż badałem chorego kilkakrotnie w różnym czasie i podczas gdy był zupełnie spokojny. Co do drżenia, to jak już powyżéj powiedziałem, rozróżnienie jest nader trudne. U tego chorego nosiło ono cechy drżenia, jakie się napotyka u neurasteników, a za prawdziwością tego przemawiało to, że rozciągało się ono na grupę mięśni grzbietu i prawego boku, czego niepodobna udawać. Sposób odpowiadania robił też korzystne wrażenie.

U chorego Nr. 4 mamy widoczne zmiany chorobowe w prawem oku — zarząd kolejowy, uznając jego chorobę, przeniósł go do lżejszéj służby, dając miejsce portyjera, nie ma więc powodu uciekania się do symulacyi. Zwężenie pola widzenia, podwyższenie odruchów, a przedewszystkiem bardzo wielkie przyspieszenie tętna również przemawiają na jego korzyść.

Te względy skłaniają mnie do wykluczenia symulacyi u obydwóch chorych.

Z chorym Mikołajem K., którego najpierw opisałem, sprawa jest nader łatwą. Zdradza on skomplikowany szereg objawów, których się nie mógł absolutnie wyuczyć, nie mając ani przykładów, ani odpowiedniéj inteligencyi i wiedzy. Nie przybył do mnie z żądaniem świadectwa, któreby mu mogło do jego celów posłużyć, pragnie tylko być wyleczonym, gdyż chce zarabiać na wyżywienie żony i ośmiorga dzieci, a praca jego przynosiła mu dobry dochód, bo do $1\frac{1}{2}$ złr. dziennie. Podczas leczenia zaznaczał on z radością każde polepszenie, pomimo że wiedział, iż będzie przedstawionym zgromadzeniu lekarzy, u symulanta zaś należałoby się spodziewać właśnie jeszcze gorliwszéj przesady. Badanie czucia skórnego, oraz pola widzenia powtarzane kilkakrotnie, dawało zgodne wyniki, w końcu nerwica połączona jest u niego z inną chorobą, mającą podstawę anatomiczną, a mianowicie z zapaleniem spojenia krzyżowo biodrowego, które wykazał kol. Barącz, a następnie stwierdzili na posiedzeniu Tow. lek. i inni operatorowie. Wszystkie te względy skłoniły mnie do stanowczego orzeczenia, że chory symulantem nie jest.

Przytoczyłem tutaj także przykład symulacyi, ażeby zwrócić uwagę, że i u nas, mimo że przypadki te są rzadsze i objawy choroby nie tak ogólnie znane, należy się z nią jednak liczyć. Oczywiście, że nie mogę się tutaj szerzéj rozpisywać nad koniecznością skrupulatnego i dłuższego badania, nad sposobem wydawania orzeczeń tak co do prawdziwości choroby, jak i związku jéj z przypadkiem, wchodzi to już bowiem w zakres sądowo-lekarski, kwestyję tę zresztą wyczerpująco opracował prof. Blumenstok w swym artykule. Zaznaczę tylko, że w miarę postępu nauki ubywa symulantów. Przekonano się, że nieraz objawy czysto pod-

miotowe, niezbyt ciężkie, które nasuwały podejrzenie udawania, przybierały czasem groźne rozmiary i popychały chorych nieraz do samobójstwa. W dyskusyi nad nerwicami urazowemi na kongresie berlińskim większość poważnych badaczów przychyliła się do zdania, że symulacyja nie jest w istocie tak częstą, jak do niedawna mniemano. Że przesada jest znacznie częstszą, o tem nikt nie wątpi. Jest w tem jednak czasem i wina lekarzy, którzy, jak się sam miałem sposobność niejednokrotnie przekonać, z góry są pochopni do szukania symulacyi, szczególnie gdy mają do czynienia z przypadkiem kolejowym. Chorzy czują to dobrze z toku badania, chcą się ratować, przesadzają swój stan i sprawę przez to tylko pogarszają. To też po za specyjalnemi wiadomościami i doświadczeniem wymaga się od lekarza pedagogicznego badania, a przedewszystkiem bezstronności i przedmiotowości, a szczególnie od lekarza sądowego, który w tych razach nie powinien odgrywać ani roli prokuratora, ani obrońcy. Nie należy dać się wywieść w pole i poprzeć tym sposobem nieuczciwość, o wiele mniéj jednak nie powinno się rzucać zbyt łatwo na człowieka oskarżenia o symulacyję, które go wraz z rodziną może ciężko unieszczęśliwić.

V. Z pracowni profesora Cornila w Paryżu.

O udziale krwi w powstawaniu produktów zapalnych.

Napisał

Andrzéj Obrzut z Pragi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 37.)

Najważniejszem zjawiskiem na jelicie samem jest rozszerzenie naczyń krwionośnych w jego ścianach przebiegających i szeroki gęsty naciek drobnokomórkowy w najbliższem ich otoczeniu. Naciek ten jest niekiedy tak zbity, że trudno nieraz rozróżnić naczynie przezeń przebiegające. Mitoz nie widać w komórkach stałych ściany jelita. Nowowytworzona tkanka łączna pomiędzy ścianą jelita a obcem ciałem składa się miejscami jużto z istoty prawie jednolitéj, jużto z bardzo delikatnych włókienek różnie gęsto z sobą posplatanych. W tkance téj znajduje się daléj wielkie mnóstwo naczyń i one to stanowią jak gdyby środki gęstych nacieków drobnokomórkowych. Ta sama geneza istoty międzykomórkowéj, którąśmy stwierdzili w innych miejscach i tutaj daje się udowodnić, dlatego do omawiania szczegółów pod tym względem wracać nie będziemy. Zwróćmy jednak naszą szczególną uwagę na zachowanie się treści naczyń krwionośnych, mianowicie ciałek białych i czerwonych jakoteż składników komórkowych téj tkanki. Najważniejszym objawem treści naczyń jest daleko większa ilość ciałek białych niż to krwi odpowiada. Mało znajdujemy naczyń, w których stosunek ten odpowiadałby stanowi prawidłowemu. W naczyniach z pomnożoną ilością leukocytów pewna część ciałek czerwonych rozpadła się w drobnoziarnistą bezbarwną masę, inna część jest dobrze zachowana. Leukocyty są po większéj części wielojądrowe, a na ich chromatynie spotykamy wszystkie szczegóły, które Arnold uważa za objawy pośredniéj fragmentacyi. Są to skupiny mniejszych lub większych ziarenek lub nitek oddzielonych od siebie istotą achromatyczną i tworzących sploty, koła i półkola lub łuki poprzerywane. Ziarenka mają kształt nieregularny, często przypominają postać ziarn kminkowych. Granica między istotą achromatyczną a otaczającem pierwoszczem nie jest widoczną. Często spotykamy zamiast leukocytów komórki szczególnego gatunku. Kształt ich i rozmiary nie różnią się od leukocytów, ale zamasit jąder chromatynowych, spotykamy ziarenka barwy szaro-zielonawéj błyszczące, w których tylko przy imersyi i otwarciu kondenzora przeświecają zaledwie dostrzegalne punkciki, barwiące się safraniną, podobnie jak chromatyna. W niektórych ciałkach czerwonych, łatwo jako takie po ich barwiku dających się rozpoznać, spotykamy ziarenka błyszczące kształtów nieregularnych lub postaci kminu, barwiące się tak silnie jak istota chromatyczna. Ziarenka te leżą jużto w środku ciałka, jużto na jego obwodzie. W tym ostatnim razie tworzą one rodzaj sierpa silnie zabarwionego. Są to ciałka czerwone, opatrzone jądrami, a różniące się tylko tem od pewnych leukocytów, że zamiast pierwoszcza bezbarwnego otoczone są barwikiem hemoglobinowym. Jestto przejście między ciałkami czerwonemi a białemi, często całe światło naczynia wypełnionem jest takiemi ciałkami czerwonemi.

W téj spajającéj tkance łącznéj znajdujemy daléj rozległe pasma i ogniska włóknikowe. Włóknik jest delikatnie siatkowatym i silnie się barwi safraniną i gencyjaną. W oczkach jego siatki znajdujemy dosyć liczne leukocyty tego samego zupełnie wejrzenia, co wyżéj w naczyniach krwionośnych i po za niemi opisane. W nich także znajdujemy zjawiska pośredniéj fragmentacyi Arnolda. Nigdzie jednak w siatce włóknikowéj nie znajdujemy ciałek czerwonych, co najwięcéj jakąś masę ziarnistą, bezbarwną.

Samo ciało obce, to jest kawałek płuca, otoczone jest ze wszystkich stron tkanką łączną i ta wnika do wszystkich wolnych przestworów, do pęcherzyków płucnych, oskrzeli i do naczyń krwionośnych i składa się zupełnie z tych samych składników, co i poza ciałem obcem, z tą tylko chyba różnicą, że jest więcéj zbitą i przeważają w niektórych pęcherzykach komórki o jądrach epitelioidowych. Ta tkanka wytworzona w pęcherzykach płucnych ma jednak i pewne właściwości, których poza ciałem obcem nie posiada. Często mianowicie spotykamy tu komórki olbrzymie najrozmaitszych kształtów i rozmiarów. Zwykle przylegają one do ciała obcego, to jest do ściany pęcherzyków, wypełniając wszystkie jego krzywizny i zatoki, na kształt masy płynnéj, która nagle skrzepła. Jądra ich są wielkie, okrągłe, rzadko owalne, ubogie w chromatynę i nie okazują nigdy ani śladu mitoz. Spotykamy jednak także jądra identyczne z jądrami wielojądrowych leukocytów. I w téj tkance śródalweolarnéj znajdują się liczne naczynia krwionośne lub luki wypełnione krwią z powiększoną liczbą ciałek białych lub czerwonych, okazujących jądra.

Obraz zmienia się dopiero w miarę, jak się zbliżamy do części środkowych ciała obcego, do środkowych pęcherzyków płucnych. Mianowicie nowowytworzoną tkankę powoli zastępuje jakaś masa przy słabem zwiększeniu trudniéj dająca się oznaczyć. Uderza nas tylko jéj zabarwienie szaro-zielonawe, zupełnie identyczne z barwą ciałek czerwonych, jaką te zwykle okazują na preparatach stwardłych w rozczynie Fleminga.

Przy silniejszem zwiększeniu przekonywamy się łatwo, że są to rzeczywiście ciałka czerwone, które stanowią główny składnik tych mas zielonawych, wypełniających środkowe pęcherzyki płucne. Nie są to jednakże same ciałka czerwone tak, jak n. p. w wynaczynionéj krwi. Znajdujemy mianowicie i znaczną ilość tworów silnie barwiących się safraniną lub gencyjaną. Są to ziarna większe lub mniejsze, okrągławe lub nieregularne od ledwie dostrzegalnych aż do rozmiarów jąder epitelioidowych. W ostatnim razie i budowa istoty barwiącéj się przypomina w zupełności jądro epitelioidowe. Ale i małe jąderka nieraz daleko mniejsze od jąder leukocytów, a okrągłe lub owalne nie muszą być obfite w istotę chromatyczną. Badając bliżéj stosunek tych jąder do ciałek czerwonych, znajdziemy bardzo często, że owe małe jąderka chromatynowe leżą w ciałkach czerwonych, często jednak i poza niemi. Ale i same ciałka czerwone przedstawiają zajmujące zmiany. Ich wielkość nie jest wszędzie jednakowa. Znajdujemy mianowicie: ciałka czerwone o połowę i jeszcze mniejsze od ciałek prawidłowych lub też tylko odłamki silnie zabarwione hemoglobiną, nieregularne i często przypominające płytki Bizzozery. I w tych odłamkach ciałek czerwonych spotykamy często ziarenka istoty chromatycznéj lub też w całości nasycają się w różnym stopniu safraniną. W niektórych wreszcie pęcherzykach znaczna część ciałek czerwonych rozpadła się w drobne ziarenka silnie się barwiące safraniną. Że ztąd powstała masa drobno-ziarnista, oddziaływająca jak chromatyna, powstała z ciałek czerwonych, wynika z częstych przejść bezpośrednich

tych mas w ciałka czerwone. Pojedyncze ziarenka tych mas ziarnistych mają tę właściwość daléj, że są identyczne z ziarenkami istoty chromatycznéj leukocytów wielo-jądrowych, o jakich wyżej wspominaliśmy, tak pod względem postaci tych ziarenek, jak i ich zachowania się względem barwików. Do wniosków, do jakich nas powyższe zjawiska upoważniają, powrócimy po przedstawieniu zjawisk, jakie na innych ciałach obcych spotykamy.

Dla badania zjawisk na imigrowanych do ciał obcych składnikach wprowadzałem także na wzór znanych doświadczeń Zieglera kawałek szkiełka przedmiotowego $2\frac{1}{2}$ ctm. długi, a $1\frac{1}{2}$ szeroki, pokryty takimże kawałkiem szkiełka pokrywkowego w ten sposób, aby pomiędzy niemi pozostała wąziutka przestrzeń wolna. Przesuwając takie szkiełko przez ranę w ścianie brzusznéj, zachowałem przedewszystkiem tę ostrożność, aby z brzegów rany nie dostała się krew pomiędzy szkiełka. Nie dotykając zatem brzegów rany za pomocą szczypczyków wprowadzałem głęboko pomiędzy jelita owe szkiełka. Inne zostawiałem pod skórą. 7 go dnia po zabiciu królika niektóre szkiełka badałem po wyjęciu natychmiast, inne zanurzałem bezpośrednio do rozczynu Fleminga, inne wreszcie natychmiast rozdzieliłem na pojedyncze blaszki i dopiero wtedy zanurzałem do rozczynu Fleminga.

Badając szkiełka świeżo wyjęte z jamy brzusznéj, jako pierwsze ważne zmiany znalazłem, że były wypełnione głównie ciałkami czerwonemi, białe znajdowały się pomiędzy niemi prawie w tym stosunku, jak we krwi. Nie były to jednak ciałka niezmienione. Kontury ich nie wszędzie były okrągłe, brzegi niektórych jakby powycinane w karby, nierówne, często daléj zlane w masy jednolite rozmaicie się rozgałęziające i tylko po barwie właściwéj ciałkom czerwonym dające się rozpoznać jako powstałe przez zlanie się tychże.

Szkiełka takie świeżo wyjęte do dłuższego badania mikroskopowego się nie nadają. Blaszki zlepione i zanurzone do rozczynu Fleminga także nie dają dobrych rezultatów, bo płyn tylko koło brzegów przenika. Podobnie i rozczyny barw nie wnikają należycie. Najlepsze otrzymałem wyniki z szkiełek natychmiast po wyjęciu rozlepionych i zanurzonych w płynie Fleminga. Ze szkiełkami takiemi postępowałem jak ze zwykłemi skrawkami. Zjawiska, jakie w częściach przybrzeżnych spotykamy, są nieco odmienne od części środkowych. W częściach obwodowych ciałka czerwone zdają się nieco mniejsze od prawidłowych i często pozlepiane w grupy. Od brzegów ich wychodzą często wypustki coraz bardziéj cieńczejące, łącząc się z takiemiż wypustkami z innych ciałek wychodzącemi i tworząc przez to siatkę, któréj włókienka są złożone stanowczo z téj saméj istoty, co i ciałka czerwone w ich przebiegu ułożone. W innych miejscach ciałka czerwone rozłożyły się w zupełności w ową drobniutką siatkę, któréj pochodzenie z tych ciałek nie ulega najmniejszéj wątpliwości. Dalszem zjawiskiem na tych ciałkach czerwonych, zwłaszcza w tych miejscach, gdzie nie uległy przemianie siatkowatéj, a ma to głównie miejsce w środkowych częściach, są ich małe jąderka w różnym stopniu barwiące się safraniną i gencyjaną. Począwszy od zaledwie spostrzegalnych aż do zajmujących większą część ciałka, znajdujemy różne odmiany co do wielkości. Często daléj spostykamy w ciałkach czerwonych zamiast jednego i więcéj jąderek nieregularnych, podłużnych, pooddzielanych od siebie masą ciałka czerwonego. Mamy wtedy przed sobą obraz leukocytów wielojąderkowych z tą różnicą, że jest on mniejszy i około jąderek zamiast ziarnistéj masy pierwoszcza bezbarwnéj, mamy tutaj istotę jednolitą ciałka czerwonego ze swą charakterystyczną barwą hemoglobiny. Co do przyrody tych ciałek czerwonych jako takich, na pewne wykluczyć mogę, jakobym miał przed sobą leukocyty, raz dlatego, że te ostatnie łatwo od nich dają się odróżnić, powtóre barwa właściwa tym ciałkom dostatecznie je wyróżnia. Jądra tych ciałek czerwonych nie są to resztki barwika (safraniny lub gencyjany), bo ten sam obraz otrzymujemy nawet po energicznem odbarwieniu szkiełek w alkoholu zakwaszonym kwasem solnym.

Oprócz przemiany włókienkowéj ciałek czerwonych powyżéj wspomnianych istnieje i inna, którą nazwaćby można jednolitą. Produktem jéj jest masa jednolita, zbita, z mniéj lub więcéj licznemi otworkami okrągłemi lub owalnemi lub podłużnemi szczelinami. Że i ta istota pochodzi ze zlania się ciałek czerwonych, nie ulega najmniejszéj wątpliwości. Świadczy za tem barwa ciałek czerwonych i kontury tychże, często na brzegach tych mas dające się rozpoznać.

Zupełnie taki sam obraz dają nam szkiełka po siedmiu dniach pobytu pod skórą królika. W tych razach, gdzie takie blaszki otoczone są w tkance podskórnéj masą serowatą, podobną do zagęszczonéj ropy, obraz między blaszkami o tyle jest odmienny, że mało znajdujemy ciałek czerwonych, prawidłowych, to jest bez jąder. Większość przeważająca ma jądra, silnie się barwiące, a obwódka ich mniéj barwą swą przypomina ciałka czerwone. Mamy wogóle przed sobą obraz bardzo podobny do ropy. (C. d. n.)

VI. Oceny i sprawozdania.

O wynikach wieszań we wiądzie mlecza za pomocą aparatu Muczutkowskiego,

skreślił

Stanisław Daniłło, docent akad. lekarskiéj, i Emil Przychodzki, ordyn. pryw. kliniki psychiatr. w Petersburgu.

(Dok. Patrz Nr. 39.)

Ladame [5]) wspomina, że u 2 na 16 chorych całkowicie znikł objaw Romberga; u naszych zaś chorych kołysanie się jakkolwiek pod koniec wieszań było daleko słabszem niż przed rozpoczęciem wieszań, jednakże prawie ani razu całkowicie nie zginęło. Początkowe polepszenie pewnych objawów pod wpływem wieszań przypisuje Ladame psychicznym wpływom autosugestyi i téj wierze, którą się cieszy ta metoda lecznicza. Przeciwko temu jednakże zarzutowi możnaby powiedzieć, że n. p. bóle strzelające jakkolwiek po pierwszych wieszaniach znikają, jednak po późniejszych nie pojawiają się na nowo. Niekiedy zjawiało się chwilowe pogorszenie, ale takowe mogło zależeć od indywidualności chorego, gdyż nie u wszystkich zdarzało się toż samo. Dlatego też znaczenie wpływu psychicznego (wyłącznie) w tym przypadku bardzo słabo przemawia za sobą. Co się zaś tyczy innych rezultatów Ladame'a, to takowe są zupełnie zgodne z rezultatami otrzymanemi przez Moczutkowskiego i Charcota. Zgadzają się także i nasze wskazania i przeciwwskazania do stosowania wieszań z zestawionemi przez Ladame'a. Haushalter i Adam [6]) w klinice Spillmanna w Nancy, obserwowali 6 chorych z wiądem rdzenia i u 4 z nich otrzymali nieznaczne polepszenie pewnych objawów; polepszenie owe, doszedłszy do pewnéj granicy, nie przechodziło poza nią i zdaniem autorów zależało tylko od autosugestyi o wpływie dodatnim wieszań, któremu nadają dlatego niewiele wagi i znaczenia. Ale uwzględniwszy z jednéj strony nieznaczną ilość spostrzeżeń Haushaltera i Adama, a wpływ znanéj szkoły Bernheima z drugiéj, sądzimy, że są pewne podstawy, do podania w wątpliwość tych wywodów i zapatrywań. Haushalter i Adam twierdzą jednakże dość racyjonalnie, że długość kręgosłupa powiększa się daleko więcéj na przykład podczas niskiego ukłonu, aniżeli podczas wieszań. W dwóch przypadkach za pomocą wymiarów długości kręgosłupa mogliśmy dojść do wniosku, że podczas przysiadania lub leżenia na boku przy biodrach zbliżonych ku brzuchowi, kręgosłup, a przeważnie część lędźwiowa takowego, przedłuża się o wiele znaczniéj, aniżeli podczas wieszań w położeniu pionowem. Wychodząc z tego zapatrywania, sądzimy, że objaśniać wpływ wieszań wyjątkowo tylko rozciąganiem pęczków nerwowych i po części rdzenia jest co najmniéj jednostronnem.

Zapatrywania Raoulta [7]) wogóle zgadzają się z naszemi. U niego, jak i u nas (patrz przypadek 2-gi) chorzy zaprzesta-

wali przyjmować morfinę, gdyż bóle strzelające pod wpływem wieszań znikły.

Wattewille[8]) w swéj pracy wspomina o jednym przypadku, w którym u chorego pod wpływem wieszań (wielu?) można było stwierdzić powrót odruchu stopowego. Jednocześnie nastąpiła zupełna poprawa czucia termicznego (ciepła), które poprzednio było znacznie zmienione. Wspominamy o tym przypadku dlatego, żeśmy nie spostrzegali podobnéj zupełnéj poprawy.

Charcot[9]) w swym wykładzie d. 8 marca 1889 roku wspomina, że następne przypadki, w których stosowano wieszania, a liczba jego spostrzeżeń doszła wówczas już do cyfry 91, przyniosły mu takie same rezultaty, jak pierwsze. Najczęściéj (prawie we wszystkich przypadkach) bóle strzelające znikają; następnie toż samo można powiedzieć i o parestezyjach; parestezyje w rodzaju ściągającego pasa podlegają wpływowi wieszań najmniéj i tylko w jednym przypadku zauważono pewne polepszenie z téj strony. W naszych spostrzeżeniach ten rodzaj parestezyj (uczucie pasa) znikał już po kilku zaledwie wieszaniach (patrz przypadki 3, 4 i 7). Zresztą pod innemi względami nasze rezultaty zgadzają się z wynikami Charcota.

Rezultaty spostrzeżeń Erba[10]) są następujące: w 4 zastarzałych i ciężkich przypadkach uwiądu rdzenia otrzymano chwilowe polepszenie (lecz niezupełnie trwałe) w pewnych objawach, niepokojących chorych. W jednym z owych przypadków przy objawach ogólnego osłabienia i znacznéj ataksyi kończyn po 13 wieszaniach zauważono polepszenie czucia, chodu i zmniejszenie parestezyj; jednakże bóle strzelające znacznie się wzmogły i trwały bezustannie aż do 22-go wieszania, po którem ustąpiły całkowicie. Myśmy także spostrzegali podobne wzmożenie się czasowe bólów, przeważnie po pierwszych wieszaniach; później zaś zwykle następowało, jakkolwiek nie odrazu, trwałe polepszenie. Stosunkowo prędkie polepszenie otrzymał Erb w jednym przypadku we wczesnym okresie wiądu. Podobny przypadek miał miejsce i śród naszych chorych.

Lewis Hickey[11]), obserwując 5 przypadków, czyni następujące wnioski. Podczas stosowania wieszań niepożądane powikłania zauważono w 2 przypadkach: w 1 bóle w lędźwiowéj części krzyża, w 2 długotrwałe następcze zawroty głowy; polepszenie zauważono tylko w jednym przypadku (Nr. 1); w 4 zaś wieszania nie przyniosły żadnych rezultatów. Trzeba jednakże zauważyć, że rezultaty ujemne, które otrzymał autor, niczego nie dowodzą z powodu swéj nieznacznéj liczby dlatego, że te powikłania, o których on wspomina, naprowadzają na myśl, że owe przypadki należą do liczby nie podlegających wieszaniom.

Ujemny rezultat otrzymał Churton[13]) w jednym przypadku bardzo zbliżonym kliniczną postacią i przebiegiem do naszego. Przeciw rezultatowi, który otrzymał Churton przemawia jeden z przypadków Althausa, w którym autor opisuje pomyślny przebieg choroby pod wpływem wieszań; chory z wiądem rdzenia próbowawszy poprzednio wszelkich metod leczniczych w ciągu lat 5, doznał znacznéj ulgi już po kilku wieszaniach. Z 4 tabetyków, których wymienił Churton, u 3 nastąpiła znaczna poprawa chodu, u 4 tylko pewne pogorszenie.

Clarke[12]) z pomiędzy 11 przypadków wiądu rdzenia w 7 otrzymał znaczną poprawę pod wpływem wieszań. Co się zaś tyczy rezultatów, a także wskazań i przeciwwskazań, jego zdanie zupełnie się zgadza z naszem. W sumiennéj i ciekawéj pracy Eulenburga i Mendla[2]) przytoczono 34 przypadków wiądu rdzenia (29 męż. i 5 kob.), po większéj części w późnych okresach i ciężkie postacie choroby. Z 36 chorych 11 wyłączono po części wskutek tego, że nie chcieli doświadczać wieszań, a po części dlatego, że nie można było niektórych nie poddawać jednocześnie i innéj metodzie leczniczéj. W jednym z przypadków nastąpiło tak znaczne polepszenie po 39 wieszaniach, że chory sam przerwał leczenie (patrz jeden z naszych przypadków 1-szy). Pięć przypadków nie doznało żadnéj ulgi. Zmian objawu Westphala i oddzialywania źrenic nie zauważono ani razu. Odnośnie do innych objawów rezultaty Eulenburga i Mendla nieco się różnią od naszych. Mianowicie: u nich w 16 przypadkach nadmieniono najpierw o polepszeniu snu i łaknienia; u nas zaś najwcześniejsze polepszenie tyczyło się bólów strzelających i parestezyj. W kolejnem następstwie Eulenburg i Mendel nadmieniają o polepszeniu objawu Romberga i czynności pęcherza moczowego (w 14 przypadkach na 21). *Crises gastriques* według spostrzeżeń Eulenburga i Mendla ustępują; myśmy tego tak wyraźnie nie zauważyli, jak również polepszenia wzroku, o którem wspominają. Nie ulega jednakże wątpliwości, że Eulenburg i Mendel najzupełniejszą mają słuszność, twierdząc, że wpływ psychiczny z wpływem wieszań nie posiada nic wspólnego. Rezultaty otrzymane z początku przez Dariera[15]) a następnie Abadiego odnośnie do poprawy bystrości widzenia, wobec prawie zupełnéj amblyopii wskutek zaniku nerwów co najmniéj podlegają wątpliwości, przytem obaj autorowie nie dają pewnych dla takiego polepszenia wskazówek.

W literaturze rosyjskiéj oprócz pracy O. Moczutkowskiego, jest jeszcze broszurka Steina[15]). Rozpatrując kwestyję o znaczeniu i wpływie wieszań jako metodę przy leczeniu chorób nerwowych, ostatni autor przychodzi do wniosku, że przy wiądzie rdzenia (11 przypadków) wieszania dają rezultaty zadowalające. Spostrzeżenia autor ów podał w skróceniu, bez niezbędnych wskazówek odnośnie do oddzielnych objawów, jak również do przebiegu choroby pod wpływem wieszań. Przepatrując piśmiennictwo odnośne, zaczepiliśmy tylko o te fakta, które nam się wydały najważniejszemi. Ażeby ominąć powtarzania i poglądy różnych innych autorów, już dość licznych w zakresie tego przedmiotu po dzień dzisiejszy, możemy zwrócić uwagę czytelników na referaty pomieszczone w „Wiestniku Psychijatryi prof. Mierzejewskiego", na dodatek do wykładów Charcota[15]) i wreszcie na pracę Steina (w ostatniéj jednakże o źródłach wzmianki niema). W 2-ch ostatnich pracach opisany także przyrząd Moczutkowskiego i jego odmiany zalecane przez różnych autorów. Téj kwestyi bowiem nie dotykaliśmy wcale z powodu, że zadaniem naszem było zbadać wpływ wieszań na przyrządzie Moczutkowskiego na objawy chorobowe we wiądzie rdzenia. Sądzimy jednakże, że niezbędnem jest dodać, że w pewnych przypadkach, o czem już wyżéj wspominaliśmy, jednocześnie z wieszaniami stosowaliśmy u chorych naszych czynną i bierną gimnastykę mięśni nóg i dolnéj części tułowia. Prócz tego u 2 chorych, znajdujących się w klinice, robiliśmy niejednokrotnie wymiary kręgosłupa, przy rozmaitych położeniach ciała tak przy wieszaniach, jak i bez takowych (przypadki 1-szy i 2-gi). Wymiary robiliśmy używając taśmy o podziałkach na centymetry, przyczem za pomocą palpacyi otrzymaliśmy granice trzech części, na które podzieliliśmy cały kręgosłup wraz z *os sacrum* i *coccygeum*: I. część mieściła się pomiędzy *protub. occip. externa* i *processus spinosus* 7-go kręgu szyjowego; II. między ostatnim i *processus spinosus*

1-go kręgu lędźwiowego, a III. między ostatnim i *apex ossis coccygis*. Rezultaty owych wymiarów przyprowadziły nas do tego wniosku, że przy zwykłem wieszaniu (bez gimnastyki kończyn dolnych) największemu podlega wydłużeniu część I; w ostatnich dwóch częściach wydłużenie daleko mniéj znaczne, a w II. części może przy pewnem położeniu kończyn dolnych, przy znacznéj zmianie części III. następuje nawet skrócenie. W dowód czego przedstawiamy otrzymane cyfry (patrz tablica).

LITERATURA. 1) O. Moczutkowski, Wracz, 1883, str 258. 2) Eulenburg, Mendel, Neurologisches Centralblatt 1889, Nr. 11. 3) T. Openchowski Berliner klinische Wochenschrift 1889 Nr. 25. 4) J. M. Charcot, Le Progrès médical 1889, 19 stycz. 5) Ladame, Revue médicale de la Suisse Romande, 1889. 6) Haushalter et Adam, Le Progrès médical 1889, Nra 44, 47 i 48. 7) Raoult, Archives de Neurologie 1889, Nr. 52. 8) A. de Wattewile. On the treatement by suspension of locomotor ataxy etc. London, 1889. 9) Charcots Resultate mit der Suspension etc. Referat w Neurologisches Centralblatt 1889. Nr. 7. 10) Erb. Neurologisches Centralblatt, 1889, Nr. 13. 11) Lewis Hickey, The British medical Journal 1889. 12) Clarke, referat w Neurologisches Centralblatt, 1889, Nr. 33. 13) P. Stein. Lieczeñje podwieszywanijem nierunych bolezniéj, 1889 i 1890 r. 14) Wiestnik Psychiatryi prof. Mierzejewskiego 1889 VII., t. I. str. 316. 15) Charcot: O lieczeñji spinnoj suchotki podwieszywañjem po sposobu Moczutkowskawo (tłomaczenie i wskazanie literatury M. Blumenau, Petersburg 1890 roku).

Długość kręgosłupa i różnych jego części przy rozmaitem położeniu ciała (u tabetyków).

Położenie chorego	Długość całego kręgosłupa w centrymetrach		Długość I. części szyjnéj w centymetrach		Długość II. części piersiowéj w centymetrach		Długość III. części lędźwiowéj w centymetrach		Uwagi	Wnioski	*NB.* Części krzyża
	I. w.	II. w.	I. w.	II. w.	I. w.	II. w.	I. w.	II. w.			
1) Podczas stania	76 cm.	76	14	14	40	37	22	25	—	—	—
2) Podczas zwyczajnego wieszania	81	80½	18½	18	40	36	22	26½	Znaczne wydłużanie części I. kręgosłupa (krzyża)	Wydłużenie szyjnéj części bez wpływu na inne części krzyża	I. Część szyjna od *protub. occip. externa* do *proc. spinos.* 7-go kręgu szyjnego
3) Przy *maximum* zgięcia nóg w stawach biodrowych z jednoczesnem zbliżeniem kolan do brzucha	86½	85	18½	18	42	36	26	31	Znaczne wydłużenie części III. (lędźwiowéj)	Wydłużenie części lędźwiowéj bez wpływu na inne części krzyża	II. Część piersiowa od *process. spinos.* 7-go kręgu szyjnego do *process. spin.* 1 go kręgu lędźwiowego
4) Podczas przysiadań	80	84	14	14	40	39	26	31	Znaczne wydłużenie części III. (lędźwiowéj)		
5) Podczas leżenia przy zgiętych kolanach i silnie zbliżonych do brzucha	—	86	—	14	—	40	—	32	Znaczne wydłużenie części III. (lędźwiowéj)		
I. Różnica pomiędzy wydłużeniém podczas stania i kiedy nogi były silnie zbliżone do brzucha	+ 5	+ 4½	+ 4½	+ 4	0	— 1	0	+ 1½	Wydłużenie przeważnie w I. części (szyjnéj)		
II. Różnica przy zwyczajnem wieszaniu i przy wieszaniu ze zgiętemi nogami a kolanami zbliżonemi do brzucha	+ 5½	+ 4½	0	0	+ 2	0	+ 4	+ 4½	Wydłużenie w części III. (lędźwiow.)	Podczas leżenia przy zgiętych kolanach i zbliżeniu ich do brzucha największe wydłużenie w lędźwiowéj części krzyża	III. Część lędźwiowa: od *proc. spin.* 1-go kręgu lędźwiowego do *apex ossis coccygis.*
III. Różnica pomiędzy wydłużeniem podczas stania i podczas wieszania ze zgiętemi nogami, a kolanami zbliżonemi do brzucha	+ 10½	+ 9	+ 4½	+ 4	+ 2	— 1	+ 4	+ 6	Wydłużenie tak w I. części (szyjnéj), jak w III. lędźwiowéj		
IV. Różnica pomiędzy wydłużeniem podczas stania i kuczenia	+ 4	+ 8	0	0	0	+ 2	+ 4	+ 6	Wydłużenie wyłącznie w III. (lędźwiow.) części krzyża		

Odczyty kliniczne wydawane przez redakcyję *Gazety Lekarskiéj* Nr. 18, 19 i 20. **Syfilis układu nerwowego**. Napisał Władysław Gajkiewicz. Warszawa 1890. Duża 8 ka, str. 94, II. i tablica chromolitografowana.

Redakcyja *Gazety Lekarskiéj* w Warszawie powzięła bardzo trafną myśl wydawania odczytów klinicznych tłomaczonych lub oryginalnych z zakresu przeważnie medycyny praktycznéj.

Otóż mamy z tych odczytów przed sobą zeszyt potrójny, traktujący o kile (przymiocie) układu nerwowego, a opracowany przez znanego już w piśmiennictwie Dra Gajkiewicza, neuropatologa warszawskiego.

Kiła układu nerwowego jest niestety tak częstą chorobą i ma tak ważne następstwa, tak stanowczego potrzebuje i rozpoznania i leczenia, że przedstawienie obecnego stanu nauki o niéj ma niewątpliwie cel wysoce praktyczny. Za zasługę też prawdziwą poczytać trzeba Drowi G., iż do swéj pracy wybrał temat tak wielkiego znaczenia.

Autor, jak się zresztą samo przez się rozumie, podzielił swą rozprawę na części. W pierwszéj omawia anatomiję patologiczną i podaje szczegóły, tyczące się rozkładu tętnic w mózgu, tak potrzebne do zrozumienia objawów kiły układu nerwowego. W drugiéj mówi o różnych postaciach kiły mózgowéj, o porażeniu połowiczem, padaczce kiłowéj, zapaleniu opon kiłowem, takimże bólu głowy i o chorobach umysłowych, zostających w związku z kiłą, wreszcie o kile odnóg mózgowych, mostu Warolowego, rdzenia przedłużonego i móżdżku. W części następnéj prawi autor o różnych formach kiły rdzenia pacierzowego; nie oświadcza się za żadnem zdaniem co do stosunku kiły do wiądu pacierzowego i przechodzi do kiły nerwów obwodowych, a kończy swój wykład rozpoznawaniem i rokowaniem, wspomina zaś tylko bardzo pobieżnie o leczeniu, odsyłając pod tym względem czytelnika do prac innych, mając zapewne na myśli osobny wykład o leczeniu kiły przez redakcyję *Gazety Lekarskiéj* zapowiedziany. Autor ilustruje swój wykład oparty na najnowszych pracach naukowych bardzo znaczną (52) liczbą przypadków kiły układu nerwowego przez siebie samego postrzeganych i starannie opisanych.

Po przeczytaniu pracy, o któréj mowa, nie ma wątpli-

wości, że autor jest panem przedmiotu i że to, co kreśli na podstawie starannego przejrzenia i wyzyskania piśmiennictwa, poprzeć może każdéj chwili własnemi spostrzeżeniami. Dlatego też lekarz praktyczny, od którego nie można wymagać, aby czytał całe tomy książek i stosy broszur o kile układu nerwowego, wydanych tylko w ostatnich latach, przeczyta niewątpliwie z wielkim pożytkiem pracę Dra G. Jeżeli wszakże mamy prawdę powiedzieć, to sądzimy, że wartość rozprawy Dra G. byłaby o wiele większa, gdyby sz. autor mniéj dat anatomicznych przywodząc, pracy swéj nadał kierunek więcéj kliniczny, a wobec znacznego wzrostu w ostatnich latach nauki o kile układu nerwowego wykład swój dokładniéj podzielił i obszerniéj mianowicie zastanowił się nad etyjologiją, rozpoznaniem i leczeniem. Pominięcie prawie zupełne terapii, jakkolwiek niby usprawiedliwione, uważamy za wielki brak w pracy G., tem bardziéj, iż leczenie kiły właśnie układu nerwowego przedstawia niektóre bardzo ważne szczegóły, które nie tak łatwo omówić, traktując o leczeniu kiły w ogólności. Zresztą sam wzgląd praktyczny wymaga, aby w odczycie klinicznym nie pomijać najważniejszego działu, dla którego przecież nauka lekarska głównie istnieje, t. j. terapii.

Jeżeli wszakże co do treści i układu ostatecznie pracy Dra G. nie wiele można zarzucić, to inaczéj rzecz się ma z formą. W téj mierze niech nam szanowny autor wybaczy, jeżeli wypowiemy otwarcie, iż pod względem językowym nie tylko wszedł na manowce, ale wprost obrał niebezpieczną drogę dowolności. Już samo nazwanie kiły, czyli jak chcą, może i słusznie, lekarze warszawscy, przymiotu, syfilisem i odmienienie tego niesmacznego dla naszego języka wyrazu przez wszystkie przypadki było pomysłem niefortunnym[1]). Toż również powiedzieć należy o mięszaniu nazw łacińskich z polskiemi, nadawaniu wyrazom obcym polskich końcówek i wielkiéj dowolności w używaniu polskich wyrazów lekarskich. Tak n. p. *iris* nazywa się raz tęczą, drugi raz tęczówką. Zamiast dobrego wyrazu utyć, pisze sz. autor wytłuścieć. W jednem zdaniu znajdujemy i brodawkę wzrokową zastoinową i tarczę nerwu wzrokowego nabrzmiałą i t. d. Barbarzyńskiem jest wyrażenie: zadawać lekarstwa do wewnątrz, a nienaukowem zadawać je do środka, skoro żadnego środka w ciele ludzkiem i zwierzęcem nie ma prócz środka ciężkości, a wątpić należy, czyby do punktu matematycznego można jakieś leki wprowadzać! Nierzadkiemi są też i proste błędy językowe, jak np. mylne używanie wyrazu dotykać z czwartym przypadkiem. Tych błędów formy łatwo można było i należało też uniknąć w Warszawie, a niewątpliwie zyskałaby, że tak powiemy, szata cennéj rozprawy, którą możemy śmiało i sumiennie polecić szanownym kolegom lekarzom praktycznym. *Domański.*

Dr. A. Beck: **O oznaczeniu lokalizacyi w mózgu i rdzeniu za pomocą zjawisk elektrycznych.** (Rozprawy Wydziału matematyczno-przyrodniczego Akad. Um. t. XXI., r. 1890).

Doświadczenia Sieczenowa, Weriby i Wedeńskiego wskazały możność korzystania ze zjawisk elektro-fizyjologicznych w celu oznaczania lokalizacyi w ośrodkach nerwowych. Autor podjął tę myśl i zajął się opracowaniem nowéj metody w zakładzie fizyjologicznym Prof. Cybulskiego w Krakowie. Polega ona na odprowadzaniu prądu z pewnych miejsc ośrodków nerwowych do busoli i badaniu wahań tegoż prądu przy wprawianiu danych miejsc w stan czynny.

Przedewszystkiem poczynił autor doświadczenia nad rdzeniem pacierzowym żab. Robił preparat składający się z odsłoniętego mózgu i rdzenia, oraz tylnych łapek żaby. Elektrody niepolaryzujące, które miały odprowadzać prąd, spoczywały już to na różnych miejscach rdzenia i mózgu nienaruszonego, już to na rdzeniu i przekroju poprzecznym, uczynionym przez odcięcie półkul mózgowych, lub przy rdzeniu przedłużonym, już to z samych półkul w różnych miejscach. Kierunek prądu, jaki przytem otrzymywał, wykazywał, że wyższe części układu centralnego są ujemne wobec niższych. Okoliczność ta skłania autora do przypuszczenia, że prąd krążący tutaj nie jest wywołany ujemnością przekroju poprzecznego, te bowiem znajdowały się w dolnéj części rdzenia wskutek odcinania korzeni nerwowych, a ta właśnie była elektrododatnią. Prąd ten więc nie był spoczynkowym, lecz czynnościowym, jak go autor nazywa, samoistnym. Prąd ten jest wyrazem stanu czynnego w górnych częściach układu nerwowego. Przy podrażnianiu dośrodkowéj części nerwu kulszowego prąd ten ulegał wahaniu, już to się zwiększał, już to zmniejszał. Zwiększanie się prądu przypisuje autor powstawaniu stanu czynnego w wyższych częściach rdzenia, a co za tem idzie, zwiększaniu się ujemności tych miejsc. Zmniejszanie się prądu, czyli wahanie wsteczne, tłomaczy autor powstawaniem stanu czynnego w łuku odruchowym części lędźwiowéj rdzenia, pojawiało się ono bowiem wtedy, gdy niższa elekroda spoczywała na zgrubieniu lędźwiowem. Tłomaczenie to nie jest naszem zdaniem odpowiedniem, wiadomo bowiem, że dolne części rdzenia bardzo trudno przenoszą odruchy, dopiero przy nader silnych bodźcach lub u żab zatrutych strychniną, natomiast o wiele pobudliwsza jest pod tym względem górna część rdzenia, przenosi odruchy przy słabych stosunkowo podnietach, tuby więc przedewszystkiem stan czynny musiał występować, autor zaś stwierdza, że takie wahanie wsteczne nie pojawiało się w części szyjnéj lub piersiowéj rdzenia.

Drugi szereg doświadczeń poczynił autor na korze mózgowéj zwierząt ciepłokrwistych, mianowicie psów i królików. Prąd odprowadzał w podobny jak poprzednio sposób z rozmaitych miejsc kory mózgowéj, przykładając jednę elektrodę do ośrodków psychosensorycznych. I tutaj wykazał obecność prądu czynnościowego, prąd ten ulegał ustawicznym wahaniom, które autor odnosi do wahań stanu czynnego ośrodków. Wahania te wzmagają się z początku przy narkozie chloroformowéj w okresie podniecenia, następnie zaś ustają. Przy drażnieniu nerwów dośrodkowych, najwybitniéj czuciowych w skórze, wahania te ustają wskutek zatamowania. Prąd ten ulega wahaniom przy drażnieniu ośrodków sensorycznych w korze mózgowéj, n. p. przez mocne klaskanie, puszczanie silnego światła magnowego w oko zwierzęcia itd. Najwybitniejsze wyniki dawało podrażnianie wzroku. Ośrodki przechodząc w stan czynny stają się wybitnie elektro-ujemnemi.

Badania autora dają podwalinę nowéj metody badania lokalizacyi w ośrodkach, metody czysto przedmiotowéj, która przy wydoskonaleniu może się stać ściślejszą od używanych dotychczas i oddać nauce znakomite usługi. Tak n. p. mogłaby ona rzucić światło na kwestyje, o ile ośrodki ruchowe są wspólne z czuciowemi w korze mózgowéj. Daléj jeszcze, skoro właśnie doświadczenia przebiegały najczyściéj przy drażnieniu ośrodków wzrokowych, możnaby fizyjologicznem doświadczeniem stwierdzić, o ile drogi wzrokowe się krzyżują, a to przez odprowadzanie prądu z jednéj półkuli mózgowéj, a podrażnianie oka światłem po stronie przeciwnéj. Jednem słowem, metoda ta, skoro się wykształci, może oddać praktyczne usługi tak fizyjologii, jak i neuropatologii, co jest rzadkiem dosyć w elektrofizyjologii, nauki saméj dla siebie pięknéj, nieczęsto jednak przychodzącéj innym gałęziom w pomoc. Spodziewamy się, że autor z równie pomyślnym, jak dotychczas skutkiem poprowadzi daléj swą tak cenną pracę. *Piotrowski.*

Bakteryjologija.

Dr. Schütz (Frankfurt): **O drobnoustrojach w komórce rakowéj.**

Ostatnie badania Siegenbecka i Sjöbringa wykazały, iż w komórkach rakowych znajdują się istoty o postaciach ameb i koków, które na rozrost tych komórek pewien wpływ mają. Czteroletnie ciągle nad komórkami rakowemi przez autora

[1]) Nie od rzeczy będzie przypomnieć, że wyraz Syphilis wynalazł Fracastori w roku 1521, wymyśliwszy w bombastycznym poemacie bajkę, że bożek Apolin, obrażony przez pasterza Syphilusa, zesłał na niego chorobę, którą osadnicy według niego przezwali „Syphilis:“

Primus . . . . . .
Syphilus ostendit turpes per corpus achores
. . . .
. . . . et a primo traxit cognomina morbus:
Syphilidenque ab eo labem dixere coloni.

Jeżeli więc koniecznie wyraz ten w języku naszym utrzymać chcemy, wypada albo wcale go nie odmieniać, albo spadkować: syfilis, syfilidy, tak jak spadkujemy: Ceres, Cerery a nie Ceresu. (*Uwaga redakcyi*).

przedsiębrane badania zupełnie istnienie tychże organizmów potwierdzają. Nie może się jednak autor zgodzić z Siegenbeckiem, jakoby ciała te osobny dla siebie organizm stanowić miały. Barwiki istoty te zupełnie tak samo barwią, jak czerwone ciałka krwi. Prócz tego w tkance rakowéj, jak to Klebs udowodnił, ciałka krwi pękają, a pierwoszcze ich, przybierając najrozmaitsze formy, do wnętrza komórek rakowych się dostaje. Istoty więc owe są tylko produktem rozpadowym czerwonych ciałek krwi. (*Münchn. med. Woch.* 1890, Nr. 35).

Farmakologija.

Dr. Kühn (Berlin). **Mollin, nowy** *constituens*.

Głównym warunkiem dobrego *constituens* do masci używanego jest wymagana własność jednostajnego przyjmowania i rozdzielania leka. Ani adeps suillus, ani waselina lub lanolina nawet po najpilniejszym mięszaniu przez aptekarza nie wchłaniają w siebie i rozdzielają jednostajnie leku. Dalszym wymogiem jest jak najmniejsze wytwarzanie się kwasów tłuszczowych czyli jełczenie tłuszczowe. Tłuszcz wieprzowy szybko jełczeje, a choć jest świeżo użyty, jełczeje jednak w gruczołach skórnych, wywołując wyprysk. Waselina mniéj rozkładowi podlega, a najmniéj przez Liebreicha utworzona lanolina. Tłuszcze te jednak mają tę wadę, iż szybko rozpływają się, nie mając dostatecznéj zbitości. Unna pierwszy wpadł na myśl, używania jako *constituens* mydeł, a myśl ta przyjęła się znakomicie, mydła bowiem nie jełczeją i przy wcieraniu wytwarzając pianę, skóry nie drażnią. Aptekarz lipski Caup wytworzył świeżo nowy *constituens* mydłowy, który wszelkim wymogom w zupełności odpowiada. Jestto Mollin, tłuszcz delikatny, barwy białéj, jednostajnie na skórze dający się rozetrzeć i nawet w wysokiéj ciepłocie przez lata swych składników nie zmieniający. Ciepła woda dokładnie z powierzchni skóry go zmywa. Autor łączył Mollin z rtęcią jako nową maść, z chrysorabiną, salicylem, karbolem, aristolem, resorcyną, siarką, dziegciem, sublimatem, tymolem itd. i z połączeń tych był bardzo zadowolony. Tylko w ostrych chorobach skórnych, mollin, ponieważ ma własność mydła, jest jako *constituens* stanowczo przeciwwskazany. (*Berl. klin. Wochschr.*, 1890, Nr. 36). *Dr. Mendelsburg.*

VII. Z międzynarodowego lekarskiego zjazdu w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39.)

W ostatnim roku 1888/1889 wydało m. Berlin celem zaopatrzenia biednych znaczną sumę 3,376,532 marek, a lekarze zajmujący się udzielaniem opieki lekarskiéj biedakom otrzymali tytułem wynagrodzeń lub pensyj stałych 82.290 marek, lekarstwa zaś kosztowały 94.558 marek. Jednakowoż miasto opiekuje się nietylko ubogiemi lub zubożałemi rodzinami i sierotami, dla których w Rummelsburgu zakład wychowawczy urządziło (w roku 1889 otoczono opieką 4534 sierót), ale urządziło zakład poprawczy, jako dom pracy w Rummelsburgu dla więźniów płci obojej, oraz wybudowało w r. 1887 przy ulicy Gdańskiéj wielki gmach 3 piętrowy dla ludzi pozbawionych mieszkań chwilowo, gdzie biedacy wszelkiego rodzaju lub ozdrowieńcy wypuszczeni ze szpitali znajdują przytułek nocny i jedzenie, oraz orzeźwiającą kąpiel. Znakomitem zarazem jest urządzenie, że podczas kąpieli w przyrządzie desinfekcyjnym połączonym z lokalnościami kąpielowemi następuje należyte oczyszczenie bielizny i sukien kąpiących się osób. W ten sposób prawdziwie oczyszczeni opuszczają chwilowe przytulisko. W ostatnim roku 1888 na 1889 korzystało z tego dobrodziejstwa 1298 rodzin a ogółem 220.766 osób.

Oprócz co dopiero wzmiankowanego przyrządu desinfekcyjnego posiada jeszcze m. Berlin osobny zakład desinfekcyjny przy ulicy Reichenbergskiéj z 3 przyrządami, których dostarczyła firma Oskara Schimmel et Com. w Chemnitz, oraz drugi takiż zakład przy alei Prenzlawskiéj z 4 przyrządami desinfekcyjnemi (zbudowany w r. 1888). Odrażanie przedmiotów odbywa się jużto za pomocą pary wodnéj, jużto przy przedmiotach skórzanych, meblach, gdzie nie można użyć zbyt wysokiéj ciepłoty desinfekcyjnéj (aż do 128° R.), za pomocą kwasu karbolowego.

W roku 1887 urządziło miasto na koszt państwowy w główném hali bydła rzeźnego zakład krowiankowy z ubikacyjami na 16 cieląt, pokojem dla lekarza i pokojem przeznaczonym do szczepień. W ostatnim roku zaszczepiło 73 lekarzy 74.530 dzieci zgromadzonych w szkołach berlińskich, a wydatki przez miasto na ten cel poniesione wyniosły 24.761 marek.

Nie zapomniał również Berlin o pomocy w przypadkach nagłych nieszczęśliwych przypadków na ulicach, zwłaszcza w porze nocnéj i urządził 12 strażnic sanitarnych z wyćwiczonymi pomocnikami lekarskimi, którzy ciągle wartę odbywają, a 8306 przypadków, w których udzielono doraźnéj pomocy lekarskiéj, potwierdzają konieczną potrzebę tych dobroczynnych urządzeń sanitarnych.

Berlin posiada 3 szpitale publiczne (w Moabicie, Friedrichshain i Urban), przytuliska dla rekonwalescentów, zakłady dla umysłowo chorych w Dalldorf, Lichtenberg i Bierdorf, 7 szpitali prywatnych, przytulisko dla nieuleczonych, dla kalek i starców.

Bardzo znaczna liczba chorych, bo 828 może pomieścić szpital miejski w Moabicie, zbudowany według systemu pawilonowego. Pawilonów jest 30, wszystkie są parterowe i każdy z nich mieści w sobie 30 łóżek. Koszta jednego pawilonu wynoszą 27.000 marek, jedno łóżko zatem kosztuje zaledwie 900 marek. Oprócz tego są: baraki odosobnione, mieszczące oprócz przedsionka 3 pokoje, każdy z 3 łóżkami. Baraki są gazem oświetlone, płomienie gazowe otoczono kloszami ze szkła niebieskawego, matowego. Baraki są ogrzewane za pomocą całéj sieci rur zelaźnych, doprowadzających ogrzaną parę wodną, które to rury zbiegają się w centralnym domku maszynowym. Dla każdego pawilonu istnieje osobny kurek regulujący w miarę temperatury zewnętrznéj dopływ ogrzanéj pary. Woda powstała ze skroplonéj pary odpływa osobnemi rurami napowrót do domu maszynowego i zasila kotły parowe. Wentylacyja jest bardzo prostą, a przytem znakomitą. Powietrze zewnętrzne ogrzane w porze zimowéj przez zetknięcie z rurami powyższemi dochodzi 14 otworami do każdego pawilonu, a powietrze już zużyte uchodzi przez otwory w dachu. W porze letniéj otwierają się okna i drzwi na przestrzał. Pawilon każdy stoi na podstawie betonowéj (8 cmtr. grubości), przylegającéj do warstwy piasku, a podłoga w każdym pawilonie jest gładko cementowaną lub mozajkową.

Szpital oczywiście posiada swój własny zakład desinfekcyjny, w którym odrażają suknie, bieliznę i pościel wszystkich chorych, oraz szczególnie cały podkład materacowy używany przez chorych dotkniętych chorobami zakaźnemi. Znakomitem jest urządzenie komory służącéj do desinfekcyi, gdyż najpierw komora sama bywa za pomocą rur miedzianych ogrzaną do 100° C., następnie przedmioty w niéj się znajdujące bywają odrażane za pomocą pary wodnéj, wypływającéj z rur żelaznych, zaopatrzonych w liczne otworki, a temperatura wewnątrz przekracza 100° C. tak, że wszelkie zarodniki zakaźne muszą zginąć. Po ukończeniu odrażenia przedmioty wystawia się na silny prąd przewiewny, który je prędko wysusza. Oddział chirurgiczny urządzono stósownie do najnowszych wymogów naukowych. Stoły opatrunkowe składają się ze szkła i z żelaza; opatrunki ulegają sterylizacyi w małych żelaznych przyrządach desinfekcyjnych, które są ustawione dla każdego pawilonu z osobna.

W szpitalu tym znalazło w ciągu ostatnich lat 14 przytułek i opiekę lekarską 44.435 chorych; w zeszłym roku, gdzie cyfra dzienna chorych dosięgała 771 osób, wynosiły wydatki 439.332 marek, a w roku ostatnim cyfra ta spotęgowała się do pół milijona marek (491.262), koszt zaś jednego chorego wynosił dziennie 2·58 marek. Ponieważ dochód wynosił tylko 129.824 marek, przeto miasto dopłacało 351.437 marek, czyli blisko 2 marki za jednego chorego dziennie.

Drugi szpital również przeznaczony dla znacznéj liczby chorych, gdyż pomieścić może każdéj chwili 784 chorych, położonym jest przy Friedrichshain. Zbudowany również w sy-

stemi pawilonowym, został otwartym z końcem roku 1874 i mieścił zrazu 620 łóżek; lecz z biegiem lat, skutkiem coraz to większego napływu chorych i rozrostu Berlina musiano wszelkie odpowiednie ubikacyje w pojedynczych pawilonach pozamieniać na salki dla chorych i pomnożyć liczbę łóżek jeszcze o 164 (razem 784 łóżek). Dwadzieścia jeden budynków rozmieszczono na terenie, obejmującym blisko 100.000 metrów kwadratowych, a wolne place pomiędzy pawilonami zamieniono w piękny ogród z licznemi gazonami i ścieżkami, które obejmują razem przeszło 82.000 metrów kwadratowych, skutkiem czego chorzy mają dużo świeżego powietrza i wielki teren do spacerowania w pierwszych dniach rekonwalescencyi. Koszta urządzenia tego szpitala wyniosły 4,725.702 marek. W roku ostatnim kosztowała opieka chorych w tym szpitalu 642.797 marek, dochodów było 239.267, miasto zatem dopłacało 403.530 marek. Jeden chory kosztował dziennie 2·72 marki. Uwagę zwiedzających zwraca na siebie ładny budynek, przeznaczony wyłącznie do wykonywania operacyj. Budynek zwróconym jest ku północy, ma na dole 2 wielkie i małe pokoje, służące do pomieszczenia chorych operowanych lub przygotowanych do operacyj, pokój jeden dla służącego, salę operacyjną z góry oświetloną, która zajmuje 60 metrów kw. powierzchni i na 7 metrów jest wysoką, a prócz tego obejmuje jeszcze pokój, przeznaczony na narzędzia i przyrządy chirurgiczne, oraz pokój dla lekarzy. Na poddaszu są urządzone 2 pokoje celem pomieszczenia preparatów, a w suterenach jest pokój do przyrządzania opatrunków i urządzenie do ogrzewania budynku. W 2 pokojach małych ustawione są piece kaflowe, cały zresztą budynek jest ogrzany gorącem powietrzem, a oświetlony gazem. Nad stołem operacyjnym znajduje się lampa z 10 silnemi palnikami. Dwie umywalnie, wykładane marmurem belgijskim na podstawie żelaznéj, dostarczają wody zimnéj i ciepłéj, a koło ścian umieszczone są na żelaznych konsolach płyty szklane, przeznaczone do ustawienia narzędzi. Ściany pomalowane są farbą olejną, podłoga wyłożona płytami kamiennemi. W szpitalu tym urządzono zupełnie osobny pawilon piętrowy dla chorych dotkniętych dyfteryją, a 26 dzieci znaleść w nim może pomieszczenie. Tutaj również urządzono szkołę dla posługaczek szpitalnych, a od dnia otwarcia szkoły z końcem r. 1877 otrzymało wykształcenie 375 uczennic, z których pewna część pozostała w szpitalu w Friedrichshain lub przeszła do innych szpitali, reszta zaś powróciła do tych stowarzyszeń świeckich lub zakonnych, kosztem których w powyższym szpitalu się kształciła. Posługaczki te przez trzy miesiące kształcą się teoretycznie, a w 4-tym miesiącu nauki odbywają już praktykę w szpitalu, poczem dopiero otrzymują świadectwo odpowiednie. Za naukę płacą kandydatki 100 marek z góry do kasy szpitalnéj, za to otrzymują pomieszkanie i całe utrzymanie w szpitalu. Po wysłużeniu 2 lat w szpitalu w Friedrichshain otrzymują wpłaconą sumę 100 marek napowrót. (C. d. n.)

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 2 października. J. E. pan Namiestnik zamianował lekarzy powiatowych 2-giéj kl. Dra Ferdynanda Obtułowicza w Buczaczu i Dra Maksymilijana Rosnera w Kołomyi lekarzami powiatowymi 1-éj kl.; zaś asystentów sanitarnych: Drów Kazimierza Przetockiego w Horodence, Franciszka Wyszatyckiego w Ropczycach, Stanisława Balickiego w Starem mieście, Franciszka Sobolewskiego w Zaleszczykach, Henryka Blumenfelda w Nowymtargu lekarzami powiatowymi 2-éj kl., pozostawiając wszystkich w dotychczasowéj siedzibie. Daléj przeniósł lekarza powiatowego Dra Karola Kronenberga z Limanowy do Grybowa; asystentów zaś sanitarnych: Drów Leona Rosenbuscha i Kazimierza Ściborowskiego przeznaczył pierwszego do Starostwa lwowskiego, ostatniego do Starostwa limanowskiego; wreszcie zamianował asystentami sanitarnymi: Dra Alojzego Loewy'ego w Nisku tamże, Dra Filipa Schmidta, sekundaryjusza szpitala św. Łazarza w Krakowie i Dra Wład. Węgrzynowskiego, lekarza miejskiego w Rohatynie, obydwóch przydzielając do służby w Namiestnictwie.

* Lekarze pułkowi Drowie Bohosiewicz i Bieńkowski, którzy przez Ministerstwo wojny przydzieleni byli na rok jeden: pierwszy do kliniki prof. Rydygiera, a ostatni do kliniki prof. Rydla, z dniem 1 października opuścili Kraków.

* Dr. Aleksander Hiener powrócił do Jasła i objął swoje obowiązki jako lekarz miejski.

* W tygodniu 37 (14—20 września) było w Krakowie małżeństw 9, urodzin 45, skonów 44, pomiędzy któremi z płonicy 3, z duru brzusznego 2, z gruźlicy 5, z zap. płuc 4, z nieżytu żołądka i jelit 4.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Prof. Kahler odzyskawszy zdrowie objął swoją klinikę. — Zmarłego prof. chemii zastępować będzie docent Goldschmidt. — **Marburg.** Prof. Küster z Berlina mianowany został zwyczajnym prof. chirurgii, a Dr. Barth z Berlina nadzw. prof. otyjatryi. — **Giessen.** Izby heskie uchwaliły sumę 735.000 marek na wybudowanie nowéj kliniki psychijatrycznéj. — **Praga czeska.** Prof. położnictwa w uniwersytecie niemieckim (dawniéj we Lwowie) Ferdynand Weber-Ebenhof przeniesiony w stan spoczynku otrzymał order korony żelaznéj 3-éj klasy. — **Warszawa.** Prof. Stolnikow obejmuje katedrę kliniki terapeutycznéj, opróżnioną wskutek przeniesienia Popowa do Petersburga. — **Kazań.** Docent Mikulski mianowany został nadzw. profesorem farmakologii.

* **Nekrologija.** W Warszawie zmarł Dr. Stanisław Pruski, lekarz powiatowy w Sochaczewie, w 39 roku życia (*Gaz. Lekarska*).

Kol. Dr. Wroński, lekarz pow. w Gorlicach, donosi nam, że d. 20 września umarł tamże z udaru mózgowego Dr. Kazimierz Zabierowski, liczący lat 45, pozostawiwszy żonę i troje dziatek. Był to kolega zacny, z powodu bezinteresowności swéj cieszący się w mieście i okolicy wielkiem uznaniem i poważaniem, czego najlepszym dowodem wielka liczba mieszkańców tak z miasta jako z okolicy, którzy z prawdziwem rozrzewnieniem odprowadzili zmarłego na miejsce wiecznego spoczynku. Cześć jego pamięci! — We Wiedniu umarł d. 30 września, licząc lat 76, b. profesor anatomii w akademii lekarskiéj w Petersburgu Dr. Wacław Gruber. Urodzony w Czechach, ukończył studyja w Pradze i tamże był asystentem Hyrtla, a późniéj Bochdalka; w r. 1847 powołany został jako prosektor do Petersburga, gdzie w r. 1855 mianowany został profesorem anatomii, który to urząd piastował aż do roku 1887; w tym roku przeszedł w stan spoczynku i powrócił do Austryi. Nader liczne jego prace (około 500) dotyczą anatomii opisowéj, porównawczéj i teratologii. Zaszczycony dowodami uznania tak ze strony rządu rosyjskiego jak austryjackiego nie długo cieszył się dobrze zasłużonym spoczynkiem.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dnia 8-go b. m. o godzinie 6-téj po południu w gmachu kliniki chorób wewnętrznych w dawnéj sali wykładowéj kliniki chirurgicznéj posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. Obaliński pokaże dwie własne nowe metody szycia i podwiązania; 2) kol. Podgórski przedstawi chorego po hernirafii sposobem Bassiniego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**



Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 11 Października 1890. Nr. 41.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj Prof. Dra M. Madurowicza.

O cięciu cesarskiem zachowawczem w przypadkach zbliznowacenia pochwy.

Napisał
Dr. Stanisław Braun
pierwszy asystent téjże kliniki.

(Dok. Patrz Nr. 40).

Jak widzimy, po wykonaniu cięcia cesarskiego według Saengera w przypadku zbliznowacenia pochwy narażamy chorą na bardzo niebezpieczne powikłania, których uniknąć możemy, jeżeli zastosujemy sposób Porry.

W przypadku pomyślnie się kończącym zyskujemy po sposobie Saengera, że późniéj możemy znieść zwężenie, a tem samem ułatwić nie tylko zastąpienie, ale i poród drogą naturalną.

Metodę Saengera w przypadku zbliznowacenia pochwy mogą stosować ci tylko akuszerowie, którzy z powyższemi komplikacyjami, jakie zajść mogą po operacyi, są dokładnie obznajomieni i stósowne przypadki wybierać umieją, mając głównie na oku większą korzyść ze sposobu Saengera dla matki, o ile niepozbawiamy jéj płodności.

O ile literatura jest mi przystępną, mogłem tylko w zestawieniu Credego i Carusa odnaleść zaledwie jeden przypadek cięcia cesarskiego zachowawczego z powodu zbliznowacenia pochwy. Przypadek ten, który zresztą pomyślnie się zakończył, opisał Gustaw B r a u n w *Wiener klin. Wochenschrift*, 1888, Nr. 20. Drugi podobny przypadek zdarzył się w klinice położniczéj prof. Madurowicza w Krakowie, a którego historyja jest następująca:

Dwudziestego pierwszego maja z. r. przywieziono do kliniki z miejscowości 25 mil odległéj kobietę G. M., 24 lat liczącą, zamężną, która podaje, że pierwsza regularność wystąpiła w 16 roku życia, przebiegała późniéj torem prawidłowym, a obecnie brak jéj od 9 miesięcy; nie roniła, rodziła raz przed 3 laty, poród trwał 3 dni i został ukończony sztucznie przez wymóżdżenie; w połogu miewała dreszcze, ból głowy, trudność w oddawaniu moczu, ból podczas oddawania stolca i mocne obrzmienie sromu, z którego przez dłuższy czas wypływała ciecz krwawa, brudna i cuchnąca. W dwa miesiące po porodzie miała wrócić zupełnie do siebie, a regularność wystąpiła w 5 miesięcy i była bolesną, ale niezbyt obfitą. Pierwsze ruchy poczuła w styczniu, a bóle porodowe trwają od 4 dni. Wezwani lekarze oświadczyli, że poród drogą naturalną odbyć się nie może i odesłali chorą do Krakowa.

Badanie wykazało: osoba średniego wzrostu, z lekkim obrzękiem około kostek (ślad białka zaledwie dostrzegalny), budowa kośćca prawidłowa, ciepłota ciała pod pachą 38·2 C., tętno drobne przyspieszone do 100 uderzeń na minutę, język wilgotny, narządy wewnętrzne prawidłowe. Sutki są obwisłe, obwódka jest ciemniéj zabarwiona od włosów, gruczoły łojowe na obwodce brodawkowéj są wyraźnie zaznaczone, zrazy mleczne dobrze rozwinięte za uciskiem wydzielają ciecz białawą z brodawki grubéj, pałkowatéj i sterczącéj. Brzuch jest znacznie wypuklony więcéj w kierunku podłużnym niż poprzecznym, nad spojeniem łonowem wykazuje bardzo znaczne wypuklenie kuliste, sterczące na dwa palce poniżéj pępka; skóra na brzuchu jest napięta i pokryta licznemi bliznami poporodowemi; linija środkowa jest nad i pod pępkiem wyraźnie zaznaczona. Obmacywając brzuch stwierdza się macicę powiększoną w kierunku podłużnym, sięgającą dnem do wyrostka mieczykowatego, kurczącą się wyraźnie okresowo, okazującą w wysokości górnéj granicy kulistego wypuklenia widocznego na brzuchu wyraźną bruzdę przebiegającą skośnie wyżéj po stronie prawéj niz lewéj. Oddalenie górnego brzegu spojenia łonowego od pępka wynosi 23, od dna macicy 38 ctm. W macicy wykazać można płód żywy, w położeniu czaszkowem drugiem nieustalonem. Uderzenie stwierdza ilość wód płodowych prawidłową. Badając wewnętrznie stwierdza się: brak zupełny międzykrocza, w miejscu międzykrocza bliznę idącą od tylnéj ściany pochwy do przedniéj ściany odbytnicy, która na długość $1^{1}/_{2}$ ctm. jest rozdartą (*Ruptura perinei completa inveterata*). Za wejściem do pochwy napotyka się błonę bliznowatą, zatykającą zupełnie pochwę, mającą w górnéj połowie otworek, do którego nawet końca małego palca wprowadzić nie można. Poza miejscem ścieśnionem nic więcéj palcem wybadać nie można. Badając przez odbytnicę stwierdza się w wysokości pół palca bardzo znaczne wypuklenie przedniéj ściany odbytnicy ku tyłowi kuliste, chełboczące, ponad którem wyczuć można końcem palca mały odcinek główki, wysoko nad wchodem ułożony. Pomiary miednicy wykazały:

1) wymiar kolcowy wynoszący . . . 23 ctm.
2) wymiar grzebieniowy . . . . . 27 „
3) oddalenie krętarzy . . . . . . 31 „
4) wymiar prosty zewnętrzny . . . 18½ „
5) wymiar prosty wewnętrzny obliczony z wymiaru prostego zewnętrznego . . . . 9½ „

Na podstawie wyników badania rozpoznano: ścieśnienie bliznowate pochwy, powstałe wskutek *Colpitis* po 1-szym porodzie, pęknięcie zupełne międzykrocza podczas 1-go porodu u kobiety drugi raz rodzącej na czasie: płód donoszony, żywy, w położeniu czaszkowem drugiem, nieustalonem ułożony, z główką w szyjce nadmiernie do góry wysuniętéj. Dla oznaczenia dokładnego wielkości ścieśnienia pochwy przeprowadzono zgłębnik przez otworek umieszczony w błonie zatykającéj pochwę, lecz zgłębnik przeszedłszy otwór napotkał na znaczny opór.

Wobec téj przeszkody porodowéj, gdy czynność porodowa już trwała cztery dni, musiano odstąpić od rozszerzenia ścieśnienia pochwy, a przystąpić do cięcia cesarskiego według metody Saengera, aby umożebnić porod, a po odbytym połogu przystąpić do usunięcia ścieśnienia pochwy i rozdarcia międzykrocza. Po dokładnem obmyciu powłok brzusznych otwarto powłoki brzuszne cięciem, poczynającem się w linii środkowéj na 3 palce ponad pępkiem, a sięgającem na jeden palec nad wzgórkiem łonowem ku dołowi. Macicę wytoczoną z jamy brzusznéj, pokrytą ciepłemi okładami, rozcięto w środku przedniéj ściany od dna do okolicy ujścia wewnętrznego, przyczem stwierdzono, że owo wypuklenie nad spojeniem łonowem pochodziło nie od pęcherza moczowego, lecz od szyjki maciecznéj, nadmiernie rozciągniętéj i wysuniętéj ku górze. Z rany macicy powstał gwałtowny krwotok pomimo ucisku macicy od zewnątrz ligaturą elastyczną, założoną w wysokości ujścia wewnętrznego, a to z powodu usadowienia się łożyska na przedniéj ścianie macicy; dla tego łożysko szybko po jednéj stronie oddzielił profesor Madurowicz, przebił pęcherz i płód za nóżki na zewnątrz wyciągnął.

Płód lekko omdlały ocucono i przekonano się późniéj, że jest zupełnie donoszony; ciężar ciała wynosił 3850 gr., długość 53 ctm., obwód główki w wymiarze prostym 35 ctm.

Następnie oddzielono łożysko całkowicie wraz z błonami, wymyto jamę macicy wacikiem zamaczanym w 5% kwasie karbolowym, zapruszono jodoformem i zeszyto ranę macicy ciągłym szwem katgutowym, założonym w dwóch piętrach, to jest: zespojono najprzód warstwę mięsną, potem warstwę otrzewnową.

Po dokładnéj toalecie jamy brzusznéj zespojono w zwykły sposób powloki brzuszne, założono opatrunek antiseptyczny i wstrzyknięto jednę wstrzykawkę ergotyny Bombelona.

Operacyja w całości trwała 45 minut w głębokiéj narkozie.

Przebieg po operacyi był zupełnie dobry; chora nie gorączkowała, nie wymiotowała, nie żaliła się na żadne bóle, rana brzuszna zagoiła się w 10 dniach przez rychłozrost; szwy wyjęto głębokie dnia 8, powierzchowne dnia 12 po operacyi. Macica przez dłuższy czas stała wysoko, gdyż jeszcze dnia 10-go dno macicy sięgało na dwa palce poniżéj pępka, jakkolwiek szerokość dna macicy zachowała się zupełnie prawidłowo. Zdaje się, że wysokie położenie dna macicy pochodziło od nadmiernego rozciągnięcia szyjki macicy podczas porodu.

Co się tyczy odchodów, to takowe w skąpéj ilości sączyły się przez otworek w pochwie przez pierwsze dwa tygodnie.

Chora opuściła zupełnie zdrowa zakład w trzy tygodnie po operacyi; polecono jéj, aby się zgłosiła po wakacyjach do usunięcia ścieśnienia pochwy i rozdarcia kroku.

W listopadzie 1889 roku przystąpiono do rozszerzenia ścieśnienia pochwy. Przez wprowadzenie rozszerzadeł kauczukowych Hegara i nacięcia boczne blizn zdołano w końcu rozszerzyć pochwę na tyle, że trzy palce z łatwością przeprowadzić się dały i w ten sposób odsłonięto część pochwową macicy, któréj przednia warga była zupełnie zrośniętą z przednią ścianą pochwy.

Macica, która w dniu wyjścia choréj z zakładu sięgała na dwa palce nad spojeniem łonowem i była zrośniętą z powłokami brzusznemi, leżała zupełnie w miednicy maléj, była wielkości prawidłowéj i na wszystkie strony zupełnie ruchomą.

Zdaje się, mówiąc nawiasowo, że w podobny sposób zachowywać się będzie po niejakim czasie każda macica umyślnie przyszyta do powłok brzusznych, czy to w celu usunięcia tyło-pochylenia, czy wypadnięcia macicy.

Z początku bowiem macica leżeć będzie wysoko przytwierdzona do powłok brzusznych; po niejakim czasie, czy to przez sam ciężar macicy, czy przez wysuwanie macicy ku górze i ku tyłowi przez pęcherz moczem wypełniony, pojedyncze zrosty między macicą a powłokami brzusznemi ulegną bądź rozerwaniu, bądź znacznemu wydłużeniu, przez co macica stanie się ruchomą i może powrócić do pierwotnego wadliwego swego położenia.

Kiedy miano przystąpić do utworzenia sztucznego międzykrocza, chora na własne żądanie wyjechała do domu, zkąd w parę miesięcy wróciła, gdyż objawy, jakie występowały po pierwszem zastąpieniu od kilku tygodni znowu się pojawiły.

Stwierdzono rzeczywiście drugi miesiąc ciąży i polecono, aby za 7 miesięcy chora się zgłosiła do porodu, o czem doniosę szanownym Czytelnikom późniéj.

Dzisiaj to tylko powiedzieć mogę, że wobec niezbyt znacznie ścieśnionéj miednicy, a znacznie rozszerzonéj pochwy, będzie za pewne się mógł odbyć poród drogą naturalną.

Co do kolejności zmian w danym przypadku, to prawdopodobnie z powodu niestosunku porodowego wytworzonego przez spłaszczoną miednicę i może głowę płodu dużą zatrzymywała się główka zbyt długo we wychodzie, co sprowadziło znaczną odleżynę, a następnie owrzodzenie na przedniéj i tylniéj ścianie pochwy. Stykające się owrzodziałe ściany pochwy zrosły się następnie z sobą, pozostawiając wązki kanalik komunikujący z macicą, umożliwiający pomimo znacznego ścieśnienia całéj pochwy powtórne zapłodnienie.

Rodzaj ścieśnienia tego można sobie w ten sposób przedstawić, że na tylnéj ścianie pochwy owrzodziałéj powstały dwa duże fałdy, których szczyty zrosły się z przednią ścianą pochwy, wskutek czego za każdem miejscem ścieśnionem powstawały kaletki, które przy rozszerzaniu ścieśnienia stwierdzono.

Że powyższy przypadek zakończył się szczęśliwie, pomimo, że operacyja wykonaną była w 4 dni od wystąpienia bólów porodowych, pomimo, że rodząca odbyć musiała daleką podróż wozem i koleją i była przez wiele osób w domu i w zakładzie badaną, zawdzięczać należy w pierwszéj linii ścisłéj antiseptyce podczas operacyi, następnie dobremu skurczeniu się macicy po operacyi i wielkiemu zasobowi sił choréj.

Zajście to pomyślne może nas tylko zachęcić do wykonywania w przypadkach zbliznowacenia pochwy cięcia cesarskiego według metody Saengera a nie Porry, pomimo tylu powyżéj wyłuszczonych zagrażających komplikacyj po operacyi.

II. Mięsak rogówki.

Podał

Dr. med. **Konrad Rumszewicz** w Kijowie.

(Dok. Patrz Nr. 40).

C) Budowa samego nowotworu. Rozpatrując cięcia nowotworu przez szypułkę w kierunku poziomym i w odległości od przednio-tylnéj osi gałki niezbyt znacznéj wykonane, a siniawcem kampeszowym zabarwione przy pomocy słabego powiększenia (Htn. ²/₂), a nawet lupy, wyraźnie spostrzegamy najpierw ciemno-zabarwioną nabłonkową warstwę demarkacyjną, która w obrębie szypułki tworzy otwór mniéj lub więcéj 3 mm. mający. W obrębie tego otworu brzeg górny istoty własnéj rogówki występuje bardzo niewyraźnie,

gdyż błona Bowmana miejscami tylko ocalała; daléj ku zewnątrz w szypułce nowotworu, a nawet w przyległych do niéj częściach, spostrzegamy zabarwione jasno-fijoletowo pasemko tkanki, około 1·5 mm. grube, właściwie nie jest to pasemko, lecz raczéj warstwa, posiadająca ku zewnątrz jakby zęby. Otóż w obrębie jasnego pasemka znajdujemy: w stronie skroniowéj naczynia od spojówki pochodzące, pomiędzy któremy napotykamy znacznie więcéj niż w wycinku naczyniowym luźnéj tkanki łącznéj, w nosowéj zaś krzyżujące się pomiędzy sobą w rozmaitych kierunkach pęczki włókienek istoty własnéj rogówki; komórek znajdujemy tu bardzo mało. Różnicę w kierunku włókienek rogówki najlepiéj widzimy na wyrobach, na których cięcie było wykonane w kierunku ukośnym, nie trudno też zdać z niéj sobie sprawę, gdy przypomnę, że do nowotworu, przedziurawiwszy lub usunąwszy na stronę błonę Bowmana, wstępowały li tylko przednie warstwy istoty własnéj rogówki, zawierające nader liczne, tak zwane *fibrae arcuatae*.

Daléj aż do samego brzegu zewnętrznego nowotworu pozostała część nowotworu była zabarwioną o wiele ciemniéj, tylko od szypułki ku obwodowi jakby promienie rozchodziły się pasemka, pod względem barwy nie różniące się od opisanego pasemka ku zewnątrz od warstwy demarkacyjnéj położonego. Pasemka te, rozgałęziając się, dochodziły do samego prawie brzegu nowotworu, lecz im daléj od szypułki, tembardziéj stawały się cienkiemi.

Wróćmy znowu do budowy szypułki. Znaleźliśmy w niéj: naczynia krwionośne tkankę warstw powierzchownych istoty własnéj rogówki. Części składowe obu utworów wzajemnie się z sobą krzyżują, gdyż zarówno naczynia, jakoteż warstwy istoty rogówki, rozchodzą się w kierunku promienistym ku najrozmaitszym częściom obwodu nowotworu. Pęczki włókienek rogówki już w saméj szypułce przeistaczają się w zwykłą luźną tkankę łączną; widocznem jest również, że wraz z naczyniami do nowotworu wstępuje bardzo nieznaczna masa tkanki łącznéj, główne zaś źródło jéj stanowią przednie pęczki istoty rogówki.

W każdym razie naczynia krwionośne wraz z tkanką łączną stanowią, że tak powiemy, kościec nowotworu dzieląc go na cięciach na pola rozmaitéj, lecz dość znacznéj wielkości; pola te zresztą występują wyraźniéj dopiero w obwodowych częściach nowotworu. Naczynia krwionośne w istocie nowotworu dość są cienkie i o cienkich ścianach; często spostrzegamy w nich latoroślenia. Dochodzą naczynia jako włosowate do samego nabłonka zewnętrznéj powierzchni nowotworu; wspomniałem już, że powierzchnia ta w wielu miejsach była obnażoną od nabłonka, który zastępowały skrzepy krwi. Zresztą wynaczynienia i przytem zupełnie świeże, napotykałem również często w istocie samego nowotworu (patrz rysunek).

Tkanka międzykomórkowa w obrębie narośli znajdowała się w bardzo małéj ilości. Komórki miały kształt najrozmaitszy. Bezpośrednio obok wspomnianego jasnego pasemka znalazłem wyłącznie prawie dość drobne wrzecionowate komórki, których dłuższe osie położone były prostopadle do powierzchni rogówki; komórki te stanowiły bez wątpienia przeważającą część nowotworu. Znacznie rzadziéj napotykałem okrągłe komórki, w niczem nie różniące się od białych ciałek krwi. Przeważnie były one położone obok naczyń krwionośnych, zwłaszcza cieńszych, lecz nadto znajdowałem je literalnie wszędzie pomiędzy komórkami nowotworu, nawet pod samym nabłonkiem zewnętrznéj powierzchni. Grubsze naczynia krwionośne znajdowały się wyłącznie prawie w pobliżu szypułki nowotworu, gdyż natychmiast po wstąpieniu do saméj istoty nowotworu pnie naczyniowe dzieliły się na wielką ilość cienkich gałęzi, które rozchodziły się w istocie guza w kierunku promienistym od szypułki ku obwodowi. W tym też kierunku były znacznie wyciągnięte pętle naczyń włosowatych. Jednakże w międzypłatowych pasemkach, napotykamy jeszcze niekiedy dość grube naczynia krwionośne. Doszedłszy do obwodu guza, jasne pasemka tkanki łącznéj dzielą się w ten sposób, iż całość przypomina poniekąd włókna Müllera obok błony granicznéj siatkówki; ten sam kierunek przybierają również pętle naczyń włosowatych; nadto dłuższe osie komórek wrzecionowatych również w ten sposób zmieniają swój kierunek.

Naczynia włosowate są ściśle zespolone z budową nowotworu. Mianowicie stosunek na cięciach wszędzie zachodzi następujący: obok naczynia spostrzegamy jeden lub więcéj prawidłowych szeregów okrągłych komórek, w niczem nie różniących się od białych komórek, spostrzeganych *in loco* w świetle naczynia, daléj ku zewnątrz położone są drobne komórki wrzecionowate, dłuższe osie równolegle z dłuższym wymiarem pętel, pomiędzy zaś jednemi a drugiemi znajdują się nader liczne formy przejściowe. W obwodowej części nowotworu, gdzie dłuższe wymiary pętel naczyń włosowatych przybierają kierunek równoległy z powierzchnią nowotworu, szeregi komórek okrągłych i wrzecionowatych ten sam przeważnie przybierają kierunek.

Komórki wrzecionowate niewszędzie jednakową mają postać. Obok podstawy nowotworu napotykamy li tylko mniéj liczne okrągłe, do białych kulek krwistych zupełnie podobne komórki i znacznie liczniejsze drobne komórki wrzecionowate. Przedstawmy teraz sobie, że nowotwór jest podzielony na trzy warstwy: wewnętrzną, średnią i zewnętrzną. Otóż w obu pierwszych komórki nowotworu są zupełnie takie same jak w okolicy podstawy jego, natomiast w warstwie zewnętrznéj, bezpośrednio obok naczyń, spostrzegamy również zawsze komórki zupełnie do białych kulek podobne, ku zewnątrz zaś od nich drobne komórki wrzecionowate widzimy mniéj często, zastępują je komórki olbrzymie. Komórki te kształt mają dwojaki. Najbardziéj są liczne komórki olbrzymie wrzecionowate. Ciało ich jest drobnoziarniste, wyrostki długie, w środku znajduje się jądro dość duże, lecz o brzegach niewyraźnych, również ziarniste, kształtu raczéj okrągłego niż podługowatego, które wypełnia całą prawie grubość komórki. Wymiary olbrzymich komórek wrzecionowatych są co najmniéj dziesięć razy znaczniejsze od wymiarów małéj komórki wrzecionowatéj. Znacznie mniéj są liczne komórki olbrzymie o kształcie okrągłym, które zresztą od wrzecionowatych komórek różnią się li tylko brakiem wyrostków. Komórki olbrzymie bynajmniéj nie stanowią całéj zewnętrznéj warstwy nowotworu, lecz układając się w grupy z dziesięciu i więcéj komórek złożone, tworzą raczéj wyspy, rozrzucone pomiędzy tkanką, która pod względem kształtu komórek bynajmniéj się nie różni od tkanki warstw zewnętrznéj i średniéj. Częstokroć wyspy te łączą się ze sobą, napotykamy zaś je nawet bezpośrednio pod nabłonkiem zewnętrznéj powierzchni nowotworu.

W jaki też sposób powstał nowotwór? Wedle powszechnie przyjętéj przez spółczesną patologię zasady, pierwociny nowotworów powstają wskutek rozdzielenia już dawniéj istniejących. Znajdując w pierwocinach po dwa jądra, fakt ten sam już przez się uważano za dostateczny dowód takowego rozdzielenia. Gdy następnie spostrzeżenia nad dzieleniem pierwocin zwróciły uwagę na pośrednie dzielenie jąder, fakt znajdowania dwóch jąder w komórce lub też jąder, mających kształt biszkopta, bardziéj podrzędnego nabrał znaczenia. W naszym przypadku i tem nawet pochwalić się nie możemy, zarówno komórki limfoidalne, jakoteż mięsakowe i nietylko drobne, lecz nawet olbrzymie, prawie bezwarunkowo zawsze zawierały li tylko jedno jądro, na dowód więc dzielenia takowych nie mieliśmy nawet faktu błahego istnienia w ilości chociaż nieznacznéj komórek dwujądrowych. Widzieliśmy daléj, że z naczyniami w obrębie wycinka naczyniowego ze spojówki gałki wstępowały do nowotworu zbyt nieliczne pierwociny tkanki łącznéj, którym nadto najzupełniéj zbywało na oznakach, któreby zdradzać mogły najmniejsze usposobienie ich do rozrostu. To samo najzupełniéj daje się powiedzieć o pierwocinach, które wstępowały do nowotworu wraz z przedniemi warstwami istoty własnéj rogówki. Zresztą, jak już wyżéj nadmieniłem, ilość tkanki z obu tych źródeł powstałéj, zbyt była nieznaczną, stanowiła ona li tylko kościec dla nowotworu, na który nadto przeważnie składały się naczynia krwionośne. Gdyby z pierwocin tych tkanek powstawać miały pierwociny nowotworu, zjawiska bodaj rozrostu powinny były wystąpić na wielką skalę, tymczasem wcale ich nie było.

Natomiast widzieliśmy, że naczynia włosowate stano-

wiły część składową nowotworu, dokoła naczyń tych komórki limfoidalne tworzyły pochewki, od których ku zewnątrz dopiero były położone komórki mięsakowe. Tylko komórki olbrzymie tworzyły pospolicie osobne wysepki, przeciwnie komórki limfoidalne i drobne komórki mięsakowe wrzecionowate były raczéj razem zmięszane w pozostałéj masie istoty nowotworu, chociaż, powtarzam, komórki limfoidalne przeważnie otaczały naczynia włosowate w postaci pochewek. Dodam do tego, że pomiędzy komórkami limfoidalnemi a komórkami mięsakowemi widzieliśmy nader liczne formy przejściowe. Wziąwszy na uwagę fakta wyż przytoczone, utrzymuję, iż pierwociny nowotworu powstały z komórek limfoidalnych, które z naczyń krwionośnych wystąpiły.

Do podobnego wniosku już przed kilku laty doszedł Schöbl (l. c.), badając trzy przypadki nowotworów, mianowicie mięsaka powieki dolnej, rakowca powieki i wreszcie raka czarnego rogówki. W ostatnim przypadku typowe pierwociny nabłonkowe, w części barwik zawierające, tworzyły gniazda w podścielisku z tkanki łącznéj położone, która naczynia zawierała. Otóż S. spostrzegał nader liczne formy przejściowe od komórek limfoidalnych, które z naczyń krwionośnośnych wystąpiły, do typowych komórek rakowych. Na innem też źródle dla powstawania komórek zupełnie zbywało, gdyż nowotwór znajdował się pod błoną Bowmana i pod nabłonkiem rogówki, ten więc nie mógł być źródłem dla rozwoju pierwocin nabłonkowych nowotworu.

Objaśnienie rysunku.

Cięcie poziome przedniéj części gałki. Powiększenie otrzymane za pomocą lupy (soczewka oczna Htn. Nr. 2).

S — nowotwór. es — nabłonek nowotworu. w — rozrost nabłonka nowotworu. cew — rozrost nabłonka rogówki. el — szczególniéj rozwinięte czopki nabłonkowe na brzegu rogówki. ie — odosobnione masy nabłonka. Conj — spojówka gałki. Scl — białkówka. C — rogówka. I — tęczówka. m B — błona Bowmana. m D — błona Descemeta. ctm — mięsień akomodacyjny. L — soczewka. Pr — przestwór nadnaczyniówkowy.

III. Z kazuistyki sądowo-lekarskiéj.

Udar mózgowy samoistny, czy wskutek urazu. Brak nerki prawéj.

Podał

Dr. Józef Bogdanik,

prymaryjusz szpitala powszechnego w Biały.

W dniu 31 grudnia 1889 r. doniesiono c. i k. sądowi powiatowemu w Biały, że H. S. w dniu 30 grudnia wskutek uderzenia padł na znak, utracił przytomność i okazywał przypady wstrząśnienia mózgu. Wskutek doniesienia tego udała się komisyja sądowo-lekarska z przybraniem Drów A. i B. natychmiast do mieszkania uszkodzonego, gdzie spisano następujący protokół:

1. H. S. lat 54 liczący, prawidłowo zbudowany i dobrze odżywiony.

2. Tenże podaje, że go w dniu poprzednim niejaki A. z taką siłą uderzył w piersi, że się na wznak przewrócił i natychmiast przytomność utracił. W takim stanie znaleźli go krewni i ocuconego śniegiem do domu odwieźli, poczem dostał napadów kurczowych.

3. W dniu dzisiejszym, t. j. w 22 godzin po uszkodzeniu, zastaliśmy chorego w łóżku przykrytego pierzyną. Na głowie znajduje się okład lodowy. Od czasu do czasu słychać jęk lub westchnienie.

4. W czasie badania chory nie poznaje otoczenia, na zapytania odpowiada po części do rzeczy, po części od rzeczy, uskarża się na ból głowy, w krzyżach, a szczególniéj z przodu po prawéj stronie klatki piersiowéj, na nudności, i skłonność do wymiotów, których jednak nie było.

5. Wyraz twarzy niespokojny, źrenice miernie rozszerzone (chory leży w miejscu zacienionem), równe, oddziaływają energicznie na światło. Podczas badania zwraca oczy chwilowo ku górze. Zezu nie ma.

6. Zmarszczki na czole, fałdy na policzkach i kąty ust są całkiem symetryczne, język wystawiony stoi całkiem równo.

7. Badanie głowy, tułowia i kończyn nie wykazało żadnego uszkodzenia, w szczególności nie znaleźliśmy nic ani na tułowiu, ani na krzyżach, ani też po prawéj stronie klatki piersiowéj. Opukiwanie i osłuchiwanie klatki piersiowéj daje wynik ujemny. Brzuch nie jest napięty, powłoki jego elastyczne; przy obmacaniu chory nie użala się na ból.

8. Tętno spokojne, równe, pełne, uderza 76 razy na minutę, ciepłota ciała mierzona pod pachą wynosi 36·5° C.

9. Według podania obecnéj żony badanego oddaje tenże mocz i kał pod siebie, jednak z samowiedzą.

Przed wydaniem orzeczenia zaprowadziła córka poszkodowanego członków komisyi na miejsce czynu. Koło wrót stodoły, jak opowiada naoczny świadek, został H. S. pchnięty w piersi, potoczył się nieco na śniegu, lecz nie upadł, następnie pociągnięty został ku otwartéj stodole, a potem puszczony obszedł stodołę, siadł na kupce śniegu po drugiéj stronie stodoły, skąd go do domu odwieziono na pół przytomnego.

Na miękkim śniegu koło wrót stodoły nie znaleźliśmy śladów od leżenia człowieka.

Następnie wydaliśmy orzeczenie:

Wobec ujemnego wyniku badania i sprzeczności między zeznaniem poszkodowanego i świadka nie jesteśmy nawet w stanie orzec, czy w ogóle badany doznał jakiegokolwiek gwałtu na swojéj osobie. Nie znaleźliśmy bowiem ani śladów uszkodzenia na ciele, ani też objawów ogólnych, z którychby na pewno wnosić można o stanie patologicznym mózgu lub jego osłon. Bliższych wyjaśnień udzielimy dopiero po przesłuchaniu świadków czynu, jako też po dalszym przebiegu choroby.

Świadkowie naoczni opowiadają: „H. S. szukał u A. B. dwóch gęsi, które mu zginęły, posądzając go o kradzież tychże. Tenże oburzony posądzeniem pchnął H. S. ręką w piersi, że się potoczył, jednak nie upadł, lecz oparł się o żerdkę, spoczywającą na dwóch kołach. Posądzony o kradzież pociągnął go następnie za surdut, otworzył stodołę, która była pustą i odgrażał się za posądzenie. H. S. mocno przestraszony przepraszał go wskutek tego, a następnie obszedłszy na około stodołę, zachwiał się i usiadł na kupce zmarzniętéj ziemi, gdzie go nieprzytomnego śniegiem cucono, a potem do domu odwieziono. Trzej świadkowie zauważyli, że poszkodowany po zemdleniu nie miał władzy w lewéj ręce i lewéj nodze i że te części ciała mu wisiały.“

Lekarz ordynujący Dr. C. doniósł sądowi w dniu 13/1 1890 r., iż u H. S. w trzecim dniu po doznanem uszkodzeniu wystąpiło porażenie całéj lewéj połowy ciała i że dnia 12/1 nastąpiło zejście śmiertelne. W dniu 14/1 udała się przeto komisyja sądowo-lekarska powtórnie do mieszkania H. S., gdzie spisany został następujący protokół sekcyjny:

A. Zewnętrznie. 1. Zwłoki mężczyzny wzrostu średniego (164 cm.), opasłego, o krótkiéj, grubéj szyi. Głowa duża, również brzuch duży, nieco obwisły, kończyny górne i dolne w stosunku do tułowia nieco cienkie. Dolna część twarzy pokryta gęstym, grubym, czarnym zarostem. Na skórze czaszki gęsty włos czarny, dość krótko strzyżony, piersi i górna połowa brzucha kędzierzawym czarnym włosem pokryte. 2. Na czole, po nad lewym łukiem brwiowym, na grzbiecie nosa, na końcu tegoż, na licu lewem poniżéj lewego oka znajdują się otarcia przyskórka różnokształtne i rozmaitéj wielkości, począwszy od wielkości średniego paznogcia aż do wielkości ziarnka prosa. Wewnętrzny kąt oka lewego jest krwią zabiegły. 3. Na plecach począwszy od lewéj linii pachowéj ku kręgosłupowi niemal w połowie długości znajdują się trzy guzy krwawe z wyniesieniem tkanki po nad powierzchnię skóry, z których wydobywa się ropa pomięszana z gęstą czarną krwią, a w środku znajduje się czop zgorzelinowo przeistoczonéj tkanki łącznéj podskórnéj. Oprócz tych guzów znajdują się na plecach liczne drobniejsze guzki do powyżéj opisanych podobne. 4. Po wewnętrznéj stronie lewego kolana, w okolicy wewnętrznego brzegu rzepki, znajduje się okrągławe zgniecenie przyskórka o średnicy 2 cm. 5. Na karku i na plecach znajdują się rozległe plamy pośmiertne. 6. Na skórze czaszki, ani na piersiach nie znaleziono żadnych śladów uszkodzenia, jak również skonstatowano brak wszelkich śladów uszkodzenia na całem ciele,

z wyjątkiem wyżéj opisanych (l. 2, 4) zgniecen przyskórka. Zgniecenia te, jak i podbiegnięcie krwią oka lewego pochodzić mają z upadnięcia i uderzenia się o róg komody podczas ostatniéj choroby.

B. Wewnętrznie. 7. Na wewnętrznéj powierzchni czepca nie znaleziono żadnych podbiegnięć krwią, ani też żadnych śladów uszkodzenia. Kość czaszkowa grubo zbita, szwy szczelnie pozrastane, uszkodzenia kości czaszkowych nie znaleziono żadnego. 8. Opony mózgowe prawidłowe. Na przekroju prawéj półkuli znajdujemy tuż po nad podstawą mózgu wynaczynienie krwi do miąższu mózgowego z rozmiażdżeniem tegoż w rozległości orzecha włoskiego. 9. Opłucne po obu stronach lekkiemi przyczepinami włóknistemi pozrastane. W tylnych częściach płuc znaczne przekrwienie, płuca w tem miejscu twarde wydzielają na przekroju krwawą pienistą ciecz. 10. Serce w trójnasób powiększone, ściany jego grube, jednak wiotkie, kruche, mięsień stłuszczony. Na wewnętrznéj ścianie tętnicy głównéj znajdują się ziarenka wielkości soczewicy, barwy żółtawéj, przy dotyku chropowate. Tętnice wieńcowe serca rozszerzone dochodzą grubości gęsiego pióra. Podobnie rozszerzone tętnice znaleziono w mózgu, jak również niemal we wszystkich narządach ciała. 11. Wątroba nieco powiększona, stłuszczona, krucha. 12. Śledziona nieco powiększona, zresztą prawidłowéj zbitości i barwy. 13. Nerka lewa powiększona blisko w dwójnasób, torebka z niéj nie schodzi gładko, lecz wyszarpuje ze sobą cząsteczki miąższu. Barwa nerki téj jest ciemno-czerwona, drobno marmurkowana. Tętniczki nawet najdrobniejsze są mocno rozszerzone. W miąższu nerki znajdują się liczne drobne wynaczynionki. 14. Nerki prawéj w miejscu swojem nie znaleziono, natomiast w miejscu tem, gdzie nerka być powinna, nieco tłuszczu. Pomimo najskrzętniejszego szukania nie znaleziono jéj, jak również nie znaleziono śladów istnienia tejże. Po otwarciu pęcherza moczem prawidłowym dość znacznie wypełnionego znaleziono w odpowiedniem miejscu ujście moczowodu lewego, a żadnego śladu ujścia moczowodu prawego, jak również tętnicy i żyły nerkowéj prawéj. 15. Żołądek prawidłowéj objętości zawiera nieco miazgi pokarmowéj. Jelita i kiszki częścią gazami, częścią kałem prawidłowym wypełnione. 16. Przy nacięciu wyżéj opisanych guzów na tułowiu (l. 3) wydobywa się ropa pomięszana z krwią, a w środku tych guzów znajdują się czopy furunkułowe. Przy nacięciu zgnieceń przyskórka okazało się przekrwienie w tkance łącznéj podskórnéj. (Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. A. Cullerre (w Paryżu): *Die Grenzen des Irreseins*, tłom. na język niemiecki przez Dra Otona Dornblütha, Hamburg 1890, in 8-vo, str. 270 (cena: 5 marek).

Wychodząc z nader słusznego zapatrywania, że kwestyje odnoszące się do obłąkania i obłąkanych coraz żywiéj zajmują społeczeństwo, że jednak tak pod względem objawów choroby, jako też pozbawienia wolności tych, których lekarze za chorych uznali, mylne panują zdania, głównie z tego powodu, że nielekarze opierając się na opisach poetycznych znajdują rażącą sprzeczność między temi opisami a rzeczywistością, jeżeli się stykają przypadkiem z chorymi w zakładzie umieszczonymi, zamierzył autor głównie przedstawić w sposób przystępny i dla ogółu wykształconego główne objawy obłąkania, a przedewszystkiem zastanowić się nad obszarem granicznym, wyprzedzającym obłąkanie, lub prowadzącym do niego. Przedsięwzięcie to nader na czasie będące i pożyteczne urzeczywistnia autor w sposób Francuzom właściwy, lekki, ponętny i zrozumiały dla każdego człowieka wykształconego, opierając się na pracach psychijatrów słynnych, przeważnie wprawdzie francuskich, ale uwzględniając także zagranicznych. Książkę jego czyta i lekarz z przyjemnością i korzyścią, pomimo, że znajduje w niéj pewne luki i niedostatki uderzające, a które może tem wytłomaczyć można, że pomimo oczywistéj staranności autor przecież nowszéj literatury zdaje się nie znać dokładnie. Tak np. w rozdziale o przewrotnym popędzie płciowym z prac niemieckich przytacza tylko przypadki Westphala i Gocka, przemilczając o licznych późniejszych, a głównie pomijając najważniejsze prace nowsze Tarnowskiego i Krafft-Ebinga; w rozdziale o pyromanii stoi na dawno porzuconem stanowisku Platnera i Henkego, a tem samem przypuszcza jeszcze istnienie tej monomanii; neurastenije uważa za stan pośredni między zdrowiem a chorobą, polegający na artrytyzmie. Jeżeli poszczególne objawy, nad któremi się obszernie zastanawia, jak wyobrażenia przymusowe, popędy chorobowe, urojenia prześladowcze, ekscentryczność itd. uznaje za objawy, a nie chorobę samą — zupełnie zgodzić się z nim trzeba; ale mniéj zgodzić się można, jeżeli objawy takie, jak np. dipsomaniję, *manie du doute*, *du toucher*, obłęd pieniaczy itd. zalicza do obszaru granicznego. Część sądowo-lekarska zawiera wiele cennych uwag; najważniejszą atoli zaletą dziełka jest obfita i dobrze spisana kazuistyka, dla któréj ono ma niezaprzeczoną wartość i dla specyjalisty psychijatryka i lekarza sądowego; w każdym bowiem rozdziale autor podaje najciekawsze przypadki, obserwowane i opisane przez znakomitych francuskich lekarzy, a które swego czasu nabyły rozgłosu wielkiego, a nieraz wypada szukać tych opisów długo, bo rozrzuconych w rozmaitych dziełach i czasopismach.

Szkoda tylko, że tłomacz, jak się zdaje, nie znał gruntownie języka francuskiego, skutkiem czego w wydaniu niemieckiem znachodzą się niektóre miejsca nie całkiem zrozumiałe; dziwniejsza jeszcze, że niektóre wyrażenia tłomaczył tak, jakby nie był lekarzem, jak np. *hatte Abweichung des Gesichtes* (str. 88), lub jakby nie znał języka niemieckiego, jak np. *Einer der Züge dieses — dennoch — Geistes* (str. 94), *Ich machte es ihr oft schimpflich* (str. 137) i t. d., a jednak dziełko w mowie będące zasłużyłoby na lepsze tłomaczenie.

L. B.

Fizyjologija.

Prof. Ewald (Strassburg): **Resztki nerwu słuchowego przewodzą jeszcze głos.**

Ewald zauważył, iż psy i koty, którym ślimaka za pomocą dłuta wydalił, jeszcze na głos przez kilka tygodni oddziaływały. Aby przekonać się, o ile zniszczony w swéj ciągłości nerw słuchowy jeszcze funkcyjonuje, czynił Ewald doświadczenia na gołębiach. Zwierzętom tym przy pomocy powiększającego szkła wycinał cały labirynt. Operacyja taka trwała 4 do 6 godzin, bo trzeba było bardzo ostrożnie postępować. Już tego samego wieczora gołębie oddziaływały znakomicie na głos. Doświadczenia robiono dlatego wieczór, albowiem gołąb już śpi z zamkniętemi oczyma. Głos regularnie budził gołębie, przestraszone bowiem otwierały oczy, oglądały się i zaczęły być niespokojne. Ażeby doświadczenia były tem pewniejsze, sadzano gołębie w klatce na wacie, a klatkę na nici w środku pokoju zawieszano. Od klatki 7 metrów ustawiane było pianino, z którego różne pojedyncze tony wydobywano. Nie podlega więc wątpliwości, że gołębie po zniszczeniu ucha wewnętrznego słyszały, zachodzi tylko pytanie, czem głos odczuwały? Może błona bębenkowa lub pióra jeszcze głos przewodziły? Ewald zniszczył także ucho zewnętrzne i obciął pióra, a gołąb mimo to na głos jeszcze oddziaływał. Po zabiciu gołębi przekonał się autor, że resztki dośrodkowe nerwu słuchowego były jeszcze zdrowe, w następnem więc doświadczeniu za pomocą olejku krotonowego sprowadził degeneracyję i zanik tych resztek. Gołębie po tem doświadczeniu zupełnie ogłuchły i na najsilniejszy głos nie oddziaływały. Jest to dowodem, że resztki zniszczonego n. słuchowego głos jeszcze odczuwają. (*B. klin. Woch.* 1890, Nr. 32). *Dr. Mendelsburg.*

Patologija.

Wilhelm Erb: *Dystrophia muscularis progressiva.*

Gdy Aran, Cruveilhier, a przedewszystkiem Duchenne, opisali sprawę chorobową, polegającą na postępującym zaniku mięśni (*Atrophia muscularis progressiva*), zdania co do właściwéj istoty i siedliska choroby z początku bardzo były różne. Jedni uważali ją za pierwotną chorobę mięśni (Duchenne, Friedreich), drudzy (Cruveilhier, Charcot) uważali ją za następstwo choroby rdzenia pacierzowego, a mianowicie przewlekłego zwyrodnienia przednich sznurów rdzenia z zanikiem dużych komórek zwojowych rogów przednich. Inni znowu (Leyden, Moebius) uważają

t. z. *Pseudohypertrophia muscularis infantum*, chociaż na pozór wydaje się chorobą inną, za identyczną z postępowym zanikiem mięśni.

Tymczasem udało się rozwijającéj się nauce o patologii układu nerwowego wykluczyć pewne choroby, które dotąd były uważane za identyczne z zanikiem mięśni postępującym, a mianowicie: *poliomyelitis acuta* i *chronica* i zaniki mięśni powstające skutkiem *neuritis multiplex*, skutkiem chorób stawów i najróżniejszych chorób rdzenia pacierzowego.

Erb na podstawie bardzo obfitego materyjału dochodzi do wniosku, że wszystkie sprawy zanikowe mięśni, które nie są następstwem chorób rdzenia, nerwów lub stawów, a więc: *Pseudohypertrophia muscularis progressiva*, *Atrophia muscularis haereditaria*, *Atrophia muscularis juvenilis* i *Atrophia muscularis infantilis* (w téj ostatniéj choroba rozpoczyna się na twarzy), są jedną i tą samą chorobą o różnym typie i nazywa je jednem mianem *Dystrophia muscularis progressiva*

Wszystkie te formy różnią się tylko w punktach podrzędnych, a mianowicie co do czasu powstawania, szybkości przebiegu, umiejscowienia się choroby na początku, co do głównych jednak objawów zupełnie są równe. A jeszcze więcéj dowodzą jedności tych spraw chorobowych następujące okoliczności:

a) nie zbyt rzadko obserwować można przejście jednego typu w drugi; i tak znane są przypadki, które rozpoczęły się jako *pseudohypertrophia muscularis*, a potem przedstawiły formę: *atrophia juvenilis* albo nawet *infantilis* itd.

b) można czasem zauważyć pewne objawy w jednym typie, które zwykle znachodzą się tylko w typie innym, n. p. zauważono w formie tak zw. *Atrophia juvenilis* zanik mięśni na twarzy, który zdarza się zwykle tylko w *atrophia infantilis*. Tak samo znane są przypadki pseudohypertrofii mięśni ze zajęciem twarzy;

c) obserwować można nieraz przypadki, gdzie w dolnéj połowie ciała mamy do czynienia z pseudohypertrofiją, a w górnéj połowie z zwykłą atrofiją, odpowiadającą formie tak zw. *juvenilis*;

d) najlepszym dowodem jednak jest z pewnością ta okoliczność, że nieraz obserwowano najróżniejsze, ba nawet wszystkie formy u jednéj i téj saméj rodziny.

Fakta te dostatecznie powinny przekonywać o tem, że mamy tu do czynienia z jedną i tą samą chorobą, występującą tylko w różnych typach.

Obraz kliniczny *Dystrophiae muscularis progressivae*. Choroba rozpoczyna się powoli najczęściéj we wieku dziecięcym, rzadziéj we wieku dojrzenia, najrzadziéj we wieku późniejszym, najpóźniéj około 50 roku życia. Choroba może zająć różne okolice ciała, przedewszystkiem kadłub i kończyny tak górne, jak i dolne, a mianowicie ramiona i uda, rzadko twarz (i to tylko u dzieci). Pierwszym objawem jest osłabienie i znużenie zajętych mięśni, a potem rozwija się zmniejszenie objętości takowych czyli zanik, albo zwiększenie objętości, przerost i to albo prawdziwy albo zwłaszcza późniéj, fałszywy tak zw. tłuszczowy.

Zajęte być mogą prawie wszystkie mięśnie ustroju z wyjątkiem następujących, które prawie zawsze prawidłowemi pozostają, albo co najwięcéj dopiero w bardzo późnym okresie choroby zanikają: *Sternocleidomastoideus*, *levator ang. scapulae*, *coracobrachialis*, *teres major* i *minor*, zginacze i wyprężacze przedramienia, małe mięśnie dłoni, mięsień prosty brzucha, mięśnie łydki i małe mięśnie stopy.

W rzadkich jednak przypadkach mogą i te mięśnie więcéj lub mniéj być zajęte, a nawet może przyjść do zajęcia mięśni oka i przepony.

Przy obmacywaniu mięśnie zajęte okazują zmienioną konsystencyję; raz są one miękkie i wiotkie, drugi raz jędrne i elastyczne. Przy skurczu dowolnym tworzą one często nieregularne wyniosłości i łatwo popadają w kurcz tężcowy (*crampus*). Ich mechaniczna pobudliwość jest często bardzo zmniejszona, pobudliwość elektryczna tak faradyczna jak i galwaniczna również zmniejszona, ale nigdy nie okazują te mięśnie reakcyi zwyrodnienia elektrycznego ani drgań włókienkowych przy oziębieniu. Daléj czasem już dość wcześnie występują przykurczenia pojedynczych mięśni, które sprowadzić mogą nieprawidłowe ustawienia członków, a z tych najczęściéj zauważyć można *pes equinus*, zgięcia w stawie kolanowym i łokciowym. Daléj można we większéj liczbie przypadków obserwować zmniejszenie lub nawet zniknięcie odruchów ścięgnistych, podczas gdy odruchy skórne o wiele dłużéj się utrzymują. Zresztą osoby takie zachowują się prawidłowo. Czucie, narządy zmysłowe, zdziergacze itd. zupełnie prawidłowe, a nigdy nie występują objawy porażenia opuszkowego.

Rozróżnienie. Następujące choroby trzeba rozróżnić od dystrofii mięśniowéj postępującéj:

1) *Atrophia muscularis spinalis*, czyli tak zw. *Amyotrophia spinalis progressiva*. Choroba ta polega na zwyrodnieniu przednich rogów rdzenia pacierzowego z następowym zanikiem mięśni. Charakteryzuje się ona tem, że rozpoczyna się tu zanik mięśniowy prawie zawsze od małych mięśni dłoni, a ztąd dopiero przechodzi na przedramię, ramię i kadłub, a na kończyny dolne dopiero w bardzo późnym okresie choroby. Nigdy nie ma tu przerostu mięśni ani prawdziwego ani fałszywego; zawsze dają się wykazać drgania włókienkowe, pobudliwość elektryczna przez czas jakiś prawidłowa, ale w mięśniach, w których zanik doszedł do znaczniejszego stopnia (w mięśniach dłoni), zawsze częściowa lub zupełna reakcyja zwyrodnienia, odruchy ścięgniste zwykle niezmienione, bardzo często łączy się z objawami porażenia opuszkowego. (Dok. nast.) *Dr. Süsskind.*

Martel: O zapaleniu żył w przebiegu gośćca rzeżączkowego.

M. zestawił dziesięć przypadków tego rzadkiego powikłania, w których zajęte były następujące żyły: *vena saphena*, *femoralis*, *iliaca*, *suralis*, jako też żyły pochwowe. M. uważa to zapalenie żył za następstwo wtargnięcia drobnoustrojów rzeżączki do dróg krwionośnych. *Phlebitis* ta goi się i w żadnym z dotychczas znanych przypadków nie przyszło do ropienia. Leczenie polega na stosowaniu w miejscu chorobowem środków przeciwzapalnych. (*Thèse de Paris*). *Dr. Baschkopf.*

Bakteryjologija.

Bönnecken: O bakteryjach wody przepuklinowéj przepuklin uwięźniętych i ich stosunku do zakażenia krwi otrzewnowego *(peritoneale Sepsis)*.

B. na podstawie badań nielicznych przypadków klinicznych, a głównie na podstawie doświadczeń na zwierzętach przychodzi do następujących wniosków:

1. Rychło bardzo po uwięźnięciu przepukliny, bo jeszcze zanim jakiekolwiek zmiany wsteczne w saméj tkaninie uwięźniętego jelita się poczęły, już wraz z pierwszą przesączyną przedostają się przez zdrową jeszcze, przekrwioną tylko ścianę jelita bakteryje z treści jelitowéj na zewnątrz do worka przepuklinowego tak, ze można je już znaleźć w zupełnie jasnéj surowiczéj wodzie przepuklinowéj. Im dłużéj trwa uwięźnięcie, im głębsze zmiany już zaszły w ścianie jelita, tem więcéj jest tych bakteryj: naprzód przechodzą drobniejsze postacie i koki, późniéj prątki. Autor naliczył ich przeszło 16 rozmaitych form, wszystkie te znalazł równie w treści jelita uwięźniętego. O skonstatowaniu przytem jakichkolwiek ze znanych ropnych bakteryj autor nie wspomina.

2. W pierwszych okresach uwięźnięcia jelita ilość bakteryj, przedostających się przez jego ściany, nie jest jeszcze tak znaczna, aby resorbcyja ich ze strony jeszcze nie nadwerężonéj otrzewny nie mogła dotrzymać kroku ich wydzielaniu. Gdy przy dalszych zmianach ścian jelita zaczną przedostawać się w znacznie większych ilościach, otrzewna zwłaszcza wobec już nadwątlonéj siły resorbcyjnéj nie jest w stanie tak szybko je wchłaniać, jak zostają wydzielone. Skutek będzie ten, iż poczną stagnować, a mając we wysięku, lub gdy już sprawa tak daleko zaszła, że nastąpiła nekroza jelita, w obumarłéj jego tkaninie znakomitą pożywkę, będą się tu rozmnażać i wytworzą takie ilości jadów, iż wchłonięcie ich wywoła objawy *sepsis*, a wreszcie i śmierć. Przy sekcyi nie

znajdziemy przyczyny anatomicznéj śmierci, otrzewna gładka, połyskująca, w jamie otrzewnowéj małe ilości surowiczego płynu. Śmierć powstała z zatrucia krwi jadami wydzielonemi z tych bakteryj, a wchłoniętemi z jamy otrzewnowéj, innemi słowy śmierć z zakażenia krwi otrzewnowego. (*Sepsis peritonealis*).

3. Gdy wśród tych bakteryj znajdą się przypadkiem bakteryje ropne, a organizm pierwéj nie zginie, przyjdzie wreszcie i do zapalenia ropnego otrzewny. (*Virchows Arch.* B. 120, H. 1). *Dr. Gross.*

Farmakologija.

Renvers (Berlin): O pyrodynie.

Pyrodyna nie mogła sobie dotąd zdobyć stanowiska w medycynie praktycznéj. Liebreich ostrzega przed stosowaniem tego przetworu z powodu jego trujących własności. Badania Guttmanna wykazały, że przeciwgorączkowe działanie pyrodyny polega na niszczeniu czerwonych ciałek krwi, gdyż krew zwierząt nią otrutych przedstawia się jako masa brunatna, gęsta tak, że wszystkie narządy nabierają wejrzenia brudno czerwono brunatnego. Przy dłuższem wewnętrznem stosowaniu tego środka spostrzegamy postępującą niedokrewność, w końcu żółtaczkę. W ciemno zabarwionym moczu jednak krwi nie znajdujemy. Także przy zewnętrznem używaniu w łuszczycy występują podobne wpływy trujące. Lek ten więc nie działa regulująco na ośrodek ciepła, lecz obniża ciepłotę, niszcząc czerwone ciałka krwi, czyniąc je niezdolnemi do oddychania. Podobne doświadczenia robiono także z innemi lekami grupy anilinowéj, n. p. z antifebryną. Ponieważ mimo tych ostrzeżeń ciągle na nowo polecają pyrodynę, dla tego ogłasza R. wyniki doświadczeń z pyrodyną, przeprowadzonych w I. klinice wewnętrznéj berlińskiéj. Pyrodynę, lub według jéj chemicznego składu acetylfenylhydrazynę, proszek biały, krystaliczny, bez smaku i woni, w wodzie mniéj rozpuszczalny, niż w wyskoku, zażywali chorzy bez wstrętu. W dawkach od 0·1 rozwijała ona bardzo szybko swe działanie; już po 5 minutach wystąpiły poty. Po kwadransie ciepłota zaczęła opadać i dosięgła w 2 godziny swego *minimum*. Spadek ciepłoty wynosi u chorych silnie gorączkujących do 5°. W późnych chorobach zakaźnych, jak i w gorączce suchotników było działanie przeciwgorączkowe bardzo szybkie i pewne. Obniżenie ciepłoty trwało aż do drugiego dnia np. w durze. Równocześnie z ciepłotą zmniejsza się ilość tętna, podczas gdy jego napięcie nieco się powiększa. Mocz obfity, już po 0·2 barwy czerwonéj wina burgundzkiego, nie zawiera krwi, ale dużo urobiliny, niekiedy ślady białka. Według tego działanie pyrodyny byłoby bardzo korzystnem. Ale już po kilku dawkach po 0·1 rozpoznać można, że obniżenie ciepłoty jest następstwem ciężkiéj zmiany krwi, objawiającéj się postępującą niedokrewnością, wielkiem osłabieniem, drżeniem mięśni i urobilinuryją. Badanie drobnowid. krwi wykazało szybkie zmniejszenie się czerw. ciałek zmienionych także w swéj postaci i wielkości. Pyrodyna więc jest niebezpieczną trucizną dla krwi. (*W. med. Bl.* 1889, Nr. 46).

Choroby wewnętrzne.

Leyden: O rokowaniu w chorobach serca.

Jeszcze niedawno uważano każdego chorego na serce za nieuleczalnego, ponieważ każdéj chwili może paść trupem. Dwie są tylko postacie chorób sercowych, w których częściéj występuje śmierć nagła: niedomykalność zastawek tętnicy głównéj i dusznica bolesna. Prócz tych jest jeszcze szereg stanów chorobowych serca, mogących w danym razie sprowadzić nagłą śmierć, jak niedokrewne serce stłuszczone, późniejsze okresy i początek ozdrowienia w chorobach ostrych. Rokować w chorobach serca należy z trzech punktów widzenia: 1. Ze względu na ogólne usposobienie i warunki życia. 2. Ze względu na szczegółowe gromady chorób sercowych. 3. Ze względu na pojedyncze fizyczne i fizyjologiczno-patologiczne objawy. Ad 1. Dzieci znoszą bardzo źle choroby sercowe. Najczęstszą przyczyną chorób sercowych wieku podeszłego jest miażdżyca tętnic. Wyrównanie wad zastawkowych w wieku starszym następuje równie łatwo, jak w młodocianym. Sposób życia o tyle wpływa, o ile chorzy lepszych klas lepiéj znoszą choroby sercowe, niż warstw roboczych z powodu nadmiernego wysilenia. W końcu zależy rokowanie od tego, jak chorzy oddziaływają na leki. Chory, u którego naparstnica szybko działa, znajduje się oczywiście w lepszem położeniu. Ad 2. Jako szczegółowe grupy chorób sercowych należy odróżnić: 1) nieorganiczne wady i choroby sercowe; 2) choroby mięśnia sercowego; 3) wady zastawkowe. 1. Choroby serca nieorganiczne oznaczamy jako czynnościowe zboczenia serca, które pozwalają daleko lepiéj rokować. 2. Choroby mięśnia sercowego można podzielić na 3 grupy: a) przerost, b) rozstrzeń, c) osłabienie lub niedomoga serca. a) Przerost sam przez się nie jest chorobą i nie może więc być sam przez się przedmiotem leczenia. b) Rozstrzeń każe w ogóle gorzéj rokować, niż przerost, gdyż jest ona wyrazem rozszerzenia się mięśnia sercowego, sprawiającego osłabienie serca. c) Ważnem jest rozpoznawcze pytanie, czy serce jest organicznie chore, czy nie. Najniebezpieczniejszem jest ostre osłabienie serca w chorobach gorączkowych (zapad). Między chorobami mięśnia sercowego zasługuje na uwzględnienie szczególnie serce tłuszczowe; L. odróżnia serce tłustych od tłuszczowo zwyrodniałego mięśnia sercowego. Gdy już jest rozstrzeń lewéj komórki z wyraźnem osłabieniem serca, wtedy rokowanie groźne. 3. Co do wad zastawkowych, to może nastąpić ich wyleczenie (najczęściéj niedomykalność zast. dwudz.). Między wadami zast. pozwala niedomyk. zast. dwukończ. najlepiéj rokować co do długiego utrzymania równowagi. (*Sitz. d. Vereines f. inn. Med. in Berlin*). *Dr. Baschkopf.*

Choroby kobiece.

Dr. Reitmann i Schönauer: O wartości leczniczéj ichtyolu w chorobach kobiecych.

Autorowie przedsięwzięli w klinice prof. Brauna w Wiedniu szereg doświadczeń, których celem było stwierdzenie doświadczeń leczniczych Freunda z ichtyolem w chorobach kobiecych przedsiębranych. Wyniki ich opierają się na 100 przypadkach zapalnych chorób kobiecych, przeważnie ambulatoryjnie leczonych. Leczenie polega głównie na własności przeciwzapalnéj i antineuralgicznéj ichtyolu, a idąc za radą Freunda i trzymając się jego formułki, która opiewa: Rp. *Ammonii sulfo-ichtholici 10·0, glycerini 100·00,* używali tego leku zewnętrznie w kształcie tamponów, czopków i maści. W przypadkach zapaleń jajników lub trąbek, jużto zakładali na 24 godzin tampony do pochwy, starając je zbliżyć jak najwięcéj do miejsca choroby, albo bezpośrednio miejsce to śródpochwowe mieszaniną wyż przytoczoną pędzlem nacierali. Tampony zmieniano co 24 godzin. Czopki jużto pochwowe, jużto odbytnicowe zawierały 0·10 ichtyolu na sztukę i polecano zakładać dwa na dzień. W przypadkach wypocin okołomacicznych używali autorowie 20% maści z lanoliną, którą w odpowiednie miejsca na powłokach brzusznych wcierać zalecano. Maść z lanoliną mięszana daleko jest lepszą od maści z mydła szarego tworzonéj, a obecnie powszechnie używanéj, maść taka bowiem u kobiet wyprysk najczęściéj wywołuje i dlatego do dłuższego leczenia się nie nadaje. W przypadkach cięższych podawano wewnętrznie pigułki ichtyolowe w dawce 0·10 na pigułkę. Tylko przypadki przyrody zapalnéj były tym sposobem leczone. Wyniki Freunda autorowie zupełnie potwierdzili. Ichtyol znakomicie uśmierza bóle i nieraz zdarzało się, iż kobiety, które z bólu ledwie chodzić mogły, po założeniu tamponu ichtyolowego w kilka już godzin zupełnie od niego uwolnione zostawały. Kilkodniowe leczenie często wystarczało do znacznych polepszeń, a to skutkiem drugiéj ważnéj wartości leczniczéj ichtyolu, a mianowicie jego znakomitéj siły resorbcyjnéj. Często znaczne wypociny w miednicy małéj, które bolesnością swoją i utrudnieniem defekacyi chorym bardzo dokuczały i innemu leczeniu opór stawiały, ustępowały po leczeniu ichtyjolem w przeciągu 14 dni, przyczem autorowie szczególnie na to zwracają uwagę, iż lecząc tylko ambulatoryjnie, nie mogli przestrzegać zachowania się chorych w ciągu dnia, a mimo tego wyniki były tak znakomite, co tem bardziéj za znakomitą wartością leczniczą ichtyolu przemawia. (*Wr. kl. Wschft.*. 1890, Nr. 33). *Dr. Mendelsburg.*

Choroby skórne i weneryczne.

G. Letzel: Przyczynek do leczenia wrzodu miękkiego.

L. poleca trzy do pięciokrotne pędzlowanie wrzodu mięk-

kiego *cum liquore ferri sesquichlorati* i następne posypywanie kalomelem. W kilku już dniach przy tem leczeniu ma następować pokrycie się wrzodu przyskórkiem. Pędzlować należy małemi pędzelkami z waty, naciskając nieco i zatrzymując dłuższy czas pędzelek na wrzodzie, ażeby płyn doszedł do wszystkich zagłębień. Ból wywołany wypaleniem występuje po kilku (3) minutach. (*Allgem. med. Centr. Ztg.* 1889, Nr. 104).

Sarah E. Post: **Leczenie trądzika kwasem borowym i alkoholem.**

P. wychodząc z zasady, że *acne* jest tem samem cierpieniem, co i *furunculosis*, tylko w mniejszym stopniu rozwiniętem, stosowała według polecenia Löwenberga następujące leczenie w *acne* z dobrym skutkiem. Wieczorem zmywa się twarz ciepłą wodą z dodatkiem kilku kropli salmiaku. Następnie obmywa się twarz zimną wodą, obsusza i za pomocą miękkiéj szmatki naciera wyskokowym rozczynem kw. borowego (*acid. bor. 5·0, spir. vini 80*). Po wyschnięciu pozostaje na twarzy delikatna powłoka kw. borowego. Rano nie myje się twarzy, lecz na nowo naciera wyżéj podanym rozczynem kw. borowego, co i w ciągu dnia należy kilkakrotnie powtórzyć. *Dr. Kurasiewicz.*

Choroby uszne.

Bertbold (Królewiec): **O leczeniu zastarzałych przedziurawień błony bębenkowéj.**

Niezadowolonemu z własnych i z obcych wyników autorowi udało się dopiero w ostatnim roku metody przez siebie wykonywane tak udoskonalić, że może teraz osiągnąć za pomocą transplantacyi skóry takie same wyniki w leczeniu otworów błony bęb., jak w leczeniu powierzchni granulacyjnych na innych miejscach ciała. Postępowanie jego polega na tem, że po ustąpieniu ropienia i po oddzieleniu możebnych zrostów między brzegiem błony bęb. i przeciwległą błoną śluzową jamy bęb. przeszczepia płateczek skóry na granulacyjną błonę śluzową jamy bębenkowéj, który odpowiada jak najdokładniéj wielkością rozległości perforacyi, a grubością odstępowi brzegu ubytku błony bęb. od wewnętrznéj ściany ucha środkowego. Przez takie zamknięcie perforacyi słuch nigdy nie doznawał pogorszenia, po największéj zaś części mniejszego lub większego polepszenia. Zamiast skóry ludzkiéj usiłował B. zastosować w niektórych przypadkach rogówkę z ócz królika. Takie przeszczepienie skóry człowieka daje się stosować w największych przedziurawieniach, a nawet w zupełnym braku błony bęb. W mniejszych perforacyjach, których nie można było wyleczyć dawniejszym sposobem, stosuje B. błonę jajka, którą w przeciągu kilku chwil parę razy dziennie skrapia wacikiem zmoczonym w terpentynie. Błonka staje się przytem zupełnie przeźroczystą i pozwala na oglądanie zlepionego brzegu błony bęb. Przytem można spostrzegać, jak błona bęb. z powodu drażnienia terpentyną czerwienieje, brzegi jéj zbliżają się do siebie i zwężają przez to perforacyę. Przy najmniejszych bólach przestaje się skrapiać na 24 godzin. Takiem ostrożnie wykonywanem drażnieniem dochodzi się w przebiegu kilku tygodni do zupełnego wyleczenia. Późniéj błonka jajka sama się oddziela. (*Internat. klin. Rundschau* 1889, 21). *Dr. Spira.*

---

* Otrzymujemy pismo następujące:

Szanowny Panie Redaktorze!

W nader pochlebnéj ocenie pracy mojéj, którą p. Doc. Piotrowski w Nrze 40 „Przeglądu Lekarskiego“ umieścić raczył, spotykam się z zarzutem, na który słów kilka odpowiedzieć muszę.

Doc. Piotrowski twierdzi mianowicie, że pojawienie się wahania wstecznego w prądzie, odprowadzonym od zgrubienia lędźwiowego rdzenia, nie upoważnia do wniosku, że w téj części rdzenia powstaje stan czynny. Twierdzenie zaś swoje uzasadnia powszechnie przyjętem mniemaniem, że wywołanie odruchów ze saméj dolnéj części rdzenia jest niemożebnem.

Pomijając to, że sam autor oceny przyznaje w dalszym ciągu, że przy bardzo silnych podnietach, lub przy zatruciu strychniną otrzymuje się odruch z dolnéj części rdzenia, co mojem zdaniem świadczy za tem, że stan czynny w téj części rdzenia widocznie i wśród prawidłowych warunków powstawać musi, skoro potrzeba tylko powiększenia podniety lub podniesienia pobudliwości, ażeby go ujawnić, samo wystąpienie wahania wstecznego jest wymownym dowodem istnienia stanu czynnego w części lędźwiowéj rdzenia pacierzowego, do którego to wniosku w pracy swojéj przez wykluczenie doszedłem. Ale i to mniemanie, które Doc. Piotrowski z większością autorów dzieli, a które jako dowód świadczący przeciwko memu twierdzeniu przytacza, polega tylko na błędnéj obserwacyi. Opierając się na własnych spostrzeżeniach mogę stanowczo twierdzić, że jeżeli się przetnie rdzeń żaby pomiędzy zgrubieniem szyjnem a lędźwiowem z ostrożnością tak, aby nie uszkodzić korzonków tylnych od części lędźwiowéj odchodzących, to odruch łapek tylnych z wszelką łatwością otrzymać można. Jeżeli zaś odruch ten odrazu nie wystąpi, to jest to bez wątpienia następstwem zatamowania, wywołanego przez zadrażnienie ośrodków powyżéj leżących przy przecinaniu rdzenia, a dowodem tego jest ta okoliczność, że po upływie pewnego czasu (1 lub więcéj godzin) odruchy i w takim preparacie występują.

Ze zresztą w części lędźwiowéj rdzenia powstaje stan czynny, dowodzą i inne doświadczenia: I tak n. p. jeżeli jaszczurkę przepołowimy, to tylny jéj odcinek wykonywa cały szereg ruchów nietylko odruchowych, ale nawet automatycznych. Znane są również doświadczenia Goltza, który przecinał u psów rdzeń pacierzowy na wysokości ostatniego kręgu piersiowego. U takich psów po zrośnięciu się obydwóch odcinków rdzenia za pomocą warstwy tkanki łącznéj, w któréj nigdzie ani śladu istoty nerwowéj wykazać nie można, z jak największą łatwością powstają odruchy łapek tylnych przy zadrażnieniu tychże lub ogona.

Przytoczone przykłady, zdaniem mojem, dość dosadnie dowodzą, że w ośrodkach położonych w części lędźwiowéj rdzenia zawsze pojawia się stan czynny, jakkolwiek może nie zawsze lub nie odrazu skurczem mięśni się objawia; bo inaczéj trudnoby było sobie wytłomaczyć zadanie ośrodków nerwowych, bądź co bądź w téj części rdzenia w pokaźnéj ilości się znachodzących.

W końcu dziękuję szczerze p. Doc. Piotrowskiemu, że zwrócił mi uwagę na tę wątpliwość, która i u innych czytelników rozprawy mojéj powstać mogła i dał mi w ten sposób powód do wyjaśnienia jéj. *Dr. Beck.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 4 czerwca 1889 r.

Przewodniczący: kol. Mars. Członków obecnych 9, jako gość kol. Czapliński.

1) Kol. Siedlecki, przedstawiony przez kol. Przewodniczącego, przyjęty został na członka Tow. lek. krak.

2) Kol. Przewodniczący opowiedział przypadek z praktyki. 40-letnia kobieta rodziła poraz pierwszy, w połowie ciąży pojawiły się obfite białe upławy i plamy czerwone, zresztą przebieg ciąży prawidłowy. Kiedy się czynność porodowa zaczęła, badanie wykazało płód w położeniu czaszkowem 1-szem, w ujściu zewnętrznem drobne, twarde części płodu, była to maleńka rączka. Rozpoznał ciążę bliźniaczą, jeden płód jako *foetus papyraceus*. Z łatwością płód ten palcem dał się wydobyć. Bólów potem nie było przez 48 godzin. Po upływie tego czasu znowu się pojawiły, poród postępował leniwo, nic osobliwszego nie zaszło, tylko przy badaniu choréj nie można było znaleść obciętéj pępowiny 1-go płodu, pomimo że według wiarogodnych zeznań choréj i akuszerki choréj nie tykano. Dopiero za główką 2-go płodu pępowina płodu 1-go wyszła, a więc pępowina ta wciągnęła się. Kol. Prelegent tłumaczy to tem, że t. z. dolny odcinek macicy zaczął się wytwarzać podczas porodu 2-go płodu a tem samem łożysko 1-go płodu zostało wciągnięte ku górze, a za niem i pępowina.

3) Kol. Gross przedstawia pod drobnowidem preparaty promienicy sutka, operowanego przez prof. Rydygiera i przedstawia gorset szklany własnego wyrobu, poczem pokazuje zmiany w oczach królików, którym do przodkowéj komórki wkładał ziarnka promienicy. Za sekretarza: *Dr. Józef Rosenzweig.*

VI. Z międzynarodowego lekarskiego zjazdu w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40.)

Umyślnie przytaczam te szczegóły, bo czas by był, aby i w naszych szpitalach, pozbawionych częstokroć inteligentnéj opieki siostr miłosierdzia, pomyślano o podobnéj szkole a kurs tego rodzaju przydałby się nawet bardzo i siostrom zwłaszcza przeznaczonym do wypełniania posług na oddziałach operacyjnych.

Najnowszym wreszcie i dopiero w czerwcu r. b. ukończonym szpitalem jest miejski szpital położony pod Urbanem w południowéj stronie Berlina. Pięćset chorych znajdzie w nim pomieszczenie, a mianowicie: 300 chorych na oddziale chorób wewnętrznych (160 mężczyzn, 110 kobiet i 30 dzieci) i 200 chorych na oddziale chirurgicznym (120 mężczyzn, 50 kobiet i 30 dzieci). Koszta wybudowania wyniosły 3,100.000 marek. Szpital ten zbudowano również według systemu pawilonowego, a wszystkie pawilony są połączone ze sobą za pomocą podziemnych kurytarzy, a nadto otoczone werandami. Pawilonów przeznaczonych dla chorych jest jedenaście, nadto 6 budynków jużto ekonomicznych, jużto służących do różnych potrzeb szpitalnych i budynek przeznaczony do wykonywania operacyj. Budynki są piętrowe i dwupiętrowe, ogrzane są jużto gorącą parą wodną lub gorącem powietrzem i oświetlone elektrycznie. Wodociągi miejskie dostarczają wody w ilości dostatecznéj, a kanały odprowadzają nieczystości do kanałów miejskich. Oświetlenie elektryczne urządzono w ten sposób, że w nocy jedynie za pomocą akumulatorów Tudora (bez użycia maszyn w porze nocnéj) dostarczaną bywa dostateczna ilość elektryczności celem oświetlenia lamp żarowych wewnątrz pawilonów i lamp łukowych w podwórzach.

Maszyny służące do oświetlenia elektrycznego i akumulatory ustawiono w piwnicach zabudowania gospodarczego. Liczne gazony i drzewa urozmaicają podwórza szpitalne, a wysoki mur oddziela cały szpital od zewnątrz. Zabudowanie służące do wykonywania operacyj mieści w sobie prócz ładnéj sali operacyjnéj dwie poczekalnie dla mężczyzn i kobiet, pokój dla lekarza, pokoik dla służącego i mieszkanie dla niego na poddaszu, pokój na narzędzia, a w piwnicy ubikacyję, służącą do przygotowania opatrunków i t. d. Cały szpital i pod względem architektonicznym robi nader korzystne wrażenie.

Z podobnem uwzględnieniem warunków hygienicznych i wygody chorych, choć nie tak zbytkowne i nie z takim nakładem, urządzone są i liczne inne szpitale i zakłady zaopatrzenia dla kalek różnego rodzaju, a mianowicie: 1) szpital miejski i zakład dla nieuleczalnych przy alei Prenzlau; 2) szpital Fryderyka Wilhelma; 3) szpital miejski Mikołaja dla obywateli m. Berlina; 4) szpital dla służących; 5) zakład fundacyi Weydingera i Schreinerów; 6) zakład fundacyi Reutera; 7) zakład fundacyi Hollmanów; 8) szpitale św. Ducha i św. Jerzego; 9) szpital św. Gertrudy; 10) szpital Jerozolimski; 11) szpital św. Jakóba; 12) zakład zaopatrzenia starców imienia cesarza Wilhelma i Augusty; 13) zakład Lange-Schucke; nadto szpitale prywatne: 1) szpital izraelicki; 2) szpital Elżbiety; 3) szpital Elżbiety dla dzieci; 4) szpital św. Jadwigi; 5) szpital Łazarza; 6) szpital Augusty i 7) szpital cesarza Fryderyka i cesarzowéj Fryderykowéj, przeznaczony wyłącznie dla chorych dzieci.

Z pomiędzy wszystkich szpitali prywatnych, co dopiero wymienionych, z pewnością najokazalszym, a pod względem sanitarno-technicznym najdoskonalszym będzie nieukończony jeszcze do téj chwili szpital, przeznaczony dla chorych dzieci, imienia cesarstwa Fryderyków.

Komitet szpitalny, mając na swem czele niestrudzonego prof. Virchowa, przystąpił w roku bieżącym do położenia kamienia węgielnego pod szpital dziecięcy przy ulicy Reinickendorf- i Exercierstrasse i wybudował dotąd dwa pawilony oddzielne, a przeznaczone dla dzieci dotkniętych dyfteryją i szkarlatyną, nadto zaś zbudowano pawilon, przeznaczony na poliklinikę i potrzebne budynki ekonomiczne. Stanąć mają jeszcze pawilony dla dzieci dotkniętych odrą, dla dzieci chorych na krztusiec, a prócz tego jeszcze dla dzieci nie dotkniętych chorobami zakaźnemi zbudowane zostaną dwa oddzielne pawilony według tego, czy dzieci chore wymagać będą leczenia chirurgicznego (oddział operacyjny), czy też potrzebować będą leczenia z powodu chorób wewnętrznych. Budowa pojedynczych pawilonów zostanie tak przeprowadzoną, że wykluczoną będzie możebność zawlekania chorób zakaźnych z jednego pawilonu do drugiego, skutkiem czego dla każdego pawilonu będzie ustanowioną zupełnie oddzielna służba szpitalna i służba lekarska i żadna osoba bez przebycia gruntownéj desinfekcyi nie może się zetknąć z personalem szpitalnym drugiego pawilonu i ze światem zewnętrznym.

Idea ta została już praktycznie przeprowadzoną w dwóch dotąd zbudowanych pawilonach. Budynek pierwszy podzielono na 3 oddzielne części z przeznaczeniem dla dzieci dotkniętych dyfteryją według stopnia nasilenia sprawy chorobowéj, a mianowicie w jednéj części znajdują umieszczenie same bardzo ciężkie przypadki, w drugiéj przypadki niezbyt złośliwe, a w trzeciéj przypadki o przebiegu lekkim i rekonwalescenci. Dla każdego z tych oddziałów urządzono osobne wychodki, a każda z osób odwiedzających pawilon lub w nim zatrudniona przebywa przed wejściem i przed opuszczeniem zabudowania desinfekcyję w osobnym, umyślnie na ten cel przeznaczonym pokoju, który urządzono tuż obok pokoju odźwiernego. W pawilonie tym również w sposób odpowiedni urządzono salkę operacyjną wyłącznie dla dzieci, u których z powodu dyfteryi wypada dokonać tracheotomii, a zaraz obok znajduje się sala, do których napływa odpowiedniemi rurami para wodna tak, że dzieci po operacyi oddechają powietrzem wilgotnem i ciepłem. Tu się znajdują również liczne przyrządy inhalacyjne, służące do wziewań różnych leków rozpylonych.

Tęż samą ideę nieroznoszenia przyrzutów chorób zakaźnych starano się urzeczywistnić i przy budowie budynku poliklinicznego. Pawilon przeznaczony do badania i leczenia ambulatoryjum dziecięcego stanowi zupełnie odrębną całość i ma nawet od ulicy zupełnie oddzielne wejście. Chorych bada się najpierw pobieżnie w obszernym pokoju głównie w tym kierunku, czy są dotknięci chorobami zakaźnemi lub niezakaźnemi. Dzieci niepodejrzane o chorobę zakaźną umieszcza się w drugim pokoju, a dzieci podejrzane, czy to o dyfteryję, czy to o szkarlatynę, odrę lub krztusiec odsyła się natychmiast do 4 oddzielnych separatek i tam się je bada gruntownie, oraz udziela potrzebnéj porady lekarskiéj. Każda z tych separatek ma oddzielne umywalnie i obok każdéj znajdują się osobne wychodki. Na piętrze znajduje się 6 małych pokoi o 1 łóżku, które razem z innemi ubikacyjami stanowić będą stacyję kwarantanową. Dla pojedynczych pawilonów szpitalnych przyjmować się będzie chorych na stały pobyt również za pośrednictwem polikliniki i w tym celu zaprowadzonem zostanie połączenie telefoniczne z każdym oddziałem szpitalnym.

Kosztem $4^1/_2$ miliona marek zbudowało w końcu miasto szpital dla obłąkanych w Dalldorf, gdzie 1130 umysłowo chorych znaleść może pomieszczenie, obok tego zakład wychowawczy dla 100 dzieci niedołęstwem umysłowem dotkniętych. Ponieważ jednak ten wielki szpital okazuje się jeszcze niedostatecznym dla pomieszczenia umysłowo chorych, potrzebujących opieki i przeszło 1300 chorych musiało miasto umieścić w zakładach prywatnych, leżących w pobliżu Berlina, przeto uchwalono budowę nowego zakładu dla umysłowo chorych w Lichtenberg, w którym znajdą pomieszczenie obłąkani nleczni i nieuleczni w liczbie 600, oraz postanowiono zbudować odrębny zakład dla 600 epileptyków w Bierdorf.

Jednakowoż zabiegi magistratu m. Berlina, poparte przez grono wybitnych osobistości, pomagających spełnić dzieło prawdziwéj cywilizacyi w obszernym zakresie, nie ograniczyły się tylko do zapewnienia chorym koniecznéj opieki w pięknie urządzonych, pomnikowych nieraz budowlach szpitalnych, pomyślano również o stworzeniu instytucyj uzupełniających opiekę szpitalną, t. j. o przytuliskach dla ozdrowieńców i o opiece lekarskiéj dla robotników. To też w roku 1887 otwarto zakłady dla rekonwalescentów płci męskiéj w liczbie

40 w Heinersdorf, a również dla 40 rekonwalescentek w Blankenburg. Wśród ogrodów i pól z bujną roślinnością skutkiem zraszania ich cieczą kanałową m. Berlina stoją wygodnie urządzone domy dla ozdrowieńców, a opiekę nad nimi roztaczają siostry zakładu protestanckiego Wiktoryi, oraz najbliżéj mieszkający lekarze. Co do robotników i ich rodzin, to 222.254 członków należało w roku 1888 do 63 kas robotniczych, a 163.329 wymagało opieki lekarskiéj, co kosztowało 655.951 marek (z tego 171.871 otrzymało 118 lekarzy dzielniczych). (C. d. n.)

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 9-go października. Pod napisem: „*Psychiatrie und Staatsexamen*“ profesor Krafft-Ebing zamieszcza w Nrze 40 *Wiener klin. Wochenschrift* artykuł, dowodzący wielkiego braku w systemie egzaminów lekarskich tak w Niemczech jako też w Austryi z powodu, że psychijatryja nie stanowi przedmiotu wykładowego obowiązkowego, a tem mniéj egzaminowego. Z tego wynika, że doktor wszech nauk lek. może nie mieć najmniejszego wyobrażenia o psychijatryi. Łatwo pojąć, jakie zgubne następstwa nieznajomość ta pociąga za sobą, tak w praktyce prywatnéj, jako też sądowéj. Słuszne to uwagi, ale gdzieindziéj uczeń ma przynajmniéj sposobność zapoznania się z psychijatryją, jeżeli chce, bo wszędzie prawie istnieją kliniki psychijatryczne, we Wiedniu nawet dwie; w Krakowie dotąd kliniki takiéj niema, a nie zanosi się nawet na utworzenie takowéj. Byłby zaiste czas, aby Rząd raźniéj przystąpił do uzupełnienia braków, dotkliwie czuć się dających w Wydziale naszym lekarskim, a do tych potrzeb, obok wystawienia nowych gmachów, należą w pierwszym rzędzie: katedra i zakład dla higijeny, klinika dla chorób umysłowych i nerwowych, oraz klinika dla chorób krtaniowych.

* Na wczorajszem posiedzeniu Towarzystwo lek. krak. przyjęło jednozgodnie wniosek prof. Domańskiego co do przystąpienia do akcyi w celu wydania nowego poprawnego słownika terminologii lekarskiéj polskiéj. Następnie prof. Obaliński przedstawił dwie modyfikacyje swoje szwu Zweifla i szwu używanego przy uranoplastyce. W końcu przedstawił tenże trzy przypadki operacyjne: jeden wydobycia macicy podotrzewnego, drugi po *amputatio supracervicalis*, trzeci operacyi ciąży pozamacicznéj.

* Dziś nastąpiło uroczyste otwarcie roku szkolnego w Uniw. Jagiell.

* Na 1-szem posiedzeniu swem Wydział lek. zamianował Dra Jana Orskiego elewem przy klinice chirurgicznéj na 2 lata.

* W Krakowie w tygodniu 38-mym (21—27 września) było małżeństw 14, urodzin 43, skonów 44 (procent śmiertelności 29·95). Z odry umarło 3, z dławca i błonicy 3, z gruźlicy 10, z zap. płuc 3, z nieżytu żołądka i jelit 5.

* W Nrze 38 czasopisma *Pharmaceutische Post*, wychodzącego we Wiedniu, Dr. Traxler zdaje sprawę z doświadczeń swych czynionych nad dobrocią i wartością papierków synapizmowych. Badał 9 gatunków i dochodzi do wniosku, że papierki, wyrabiane przez Düsseldorfską fabrykę w Krakowie, zajmują 2-gie miejsce, podczas gdy papierkom Rigollota wyznacza miejsce 5-te. Życzyć więc należy, aby lekarze praktykujący wynik ten nieuprzedzonego badacza biorąc do wiadomości, zechcieli dać pierwszeństwo wyrobowi krajowemu, odznaczającemu się nietylko dobrocią ale i taniością.

* **Warszawa.** Departament lekarski ministeryjum spraw wewn. w Petersburgu rozporządzeniem z dnia 23 sierpnia r. b. (v. s.) zakazał zamieszkałemu w Warszawie p. Julianowi Ochorowiczowi, nieposiadającemu stopnia lekarza, trudnić się leczeniem wszelkiego rodzaju chorób, jak również stósowaniem hypnotyzmu. Naczelnik policyi w Warszawie oznajmiając o tem rozporządzeniu podwładnéj policyi polecił komisarzom cyrkułowym rozciągnąć dozór przez podwładne im organa, ażeby pan Ochorowicz ani u siebie w mieszkaniu, ani też na mieście nie trudnił się leczeniem chorych (*Kronika Lek.*, Nr. 9). *Tandem aliquando!*

(Dr. J. T.) **Rosyja.** W dniu urodzin Cesarza odznaczeni zostali następujący koledzy: orderem św. Włodzimierza 3 klasy Witołd Chmielewski; 4 kl. Józef Jankowski; świętéj Anny 2 kl. Kazimierz Łukomski, Stanisław Piotrowski, Ignacy Słupski, Wilhelm Kolesiński, Michał Opacki; św. Anny 3 kl. Ryszard Błażejewski, Józef Kurkiewicz, Ludwik Szpilewski, Henryk Brodowicz, Wincenty Mikucki, Czesław Sikorski, Józef Zboromirski, Juliusz Gasztowt, Piotr Zaremba; św. Stanisława 2 kl. Władysław Godlewski, Eugieni Hilarowski, Felicyjan Klimowicz, Michał Malicki, Aleksander Sobolewski, Czesław Górski, Henryk Downar-Zapolski; 3 kl. Eugieni Wołodkowski, Kazimierz Aleksanidrowicz, Józef Czajewski, Maryjan Szabłowsk, Michał Stawski, Paweł Tenczyński, Ludwik Besser, Franciszek Żychlewicz, Ignacy Mroczkowski, Kazimierz Moniuszko, Józef Dąbrowski, Józef Łukaszewicz, Ign. Józef Moszyński, Jan Kazimierz Chełmowski i Witold Giedrojc.

W Karsie (w Armenii) odsłonięto pomnik, na którym wyryto nazwiska lekarzy, farmaceutów i felczerzy, którzy zginęli w Małéj Azyi podczas wojny rosyjsko-tureckiéj. W liczbie 58 lekarzy znajdują się nazwiska 13 rodaków naszych, a mianowicie: A. Jurecki, F. Bukowski, Jan Hermanowicz, J. Hłasko, K. Zalewski, W. Zasiadko, F. Iwaszkiewicz, S. Karpowicz, A. Kirkiewicz, P. Kleniewski, J. Moszyński, W. Możejko i P. Sienkiewicz.

* **Wiadomości uniwersyteckie. St.-Jago.** Docent prywatny w Würzburgu Dr. Schönlein powołany tu został jako profesor fizyjologii. — **Klausenburg.** Docent Dr. Löthe mianowany został profesorem patologii doświadczalnéj. — **Praga czeska.** Dr. Sebastyjan Hněvkovsky, długoletni asystent kliniki położnicznéj dla akuszerek, mianowany został zastępcą profesora téjże kliniki, po przejściu w stan spoczynku prof. Webera. — **Petersburg.** Tajny radzca Dr. Bykow, przełożony Akademii wojenno-lekarskiéj zrezygnował ze swéj posady. Dr. Stanisław Przybytek w téjże Akademii mianowany został nadzw. profesorem farmacyi i farmakognozyi.

* **Nekrologija.** W Kopenhadze umarł profesor okulistyki Dr. Lehmann, urodzony w r. 1815, założyciel pierwszéj kliniki chorób ocznych w Danii.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. Ch. w R. M.: Kaznistyka bardzo nieobfita rozrzucona jest po czasopismach. Co do przedmiotu samego polecamy: Husemann: Toxikologie. Falck: Lehrb. d. pract. Toxikologie, oraz Husemanna artykuły umieszczone w Encyklopedyi Eulenburga pod tyt.: *Thierische Gifte, Scorpiongift, Spinnengift, Bienengift, Krotengift, Schlangengift.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 18 Października 1890. Nr. 42.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla w Krakowie.

Dwie operacyje wągra podsiatkówkowego.

(*Cysticercus subretinalis*).

Napisał
Dr. Franciszek Sroczyński,
asystent kliniki.

W walce o byt z pasorzytami wewnętrznemi stanowi oko ludzkie nie najczęstszy, ale ze względu na pacyjenta najmniéj pożądany teren. Na szczęście, o ile to dotyczy saméj gałki ocznéj, prócz niezmiernie rzadkiéj *filaria spiralis*[1]) mamy tu do czynienia z jednym tylko najezdcą, wągrem (*Cysticercus cellulosae*), formą przejściową tasiemca *taenia solium*, którego jajko przypadkowo połknięte rozwija się w żołądku ludzkim w zarodek, przedostający się drogą naczyń krwionośnych do mięśni, skóry, mózgu lub oka. Jeżeli jednak w tych wszystkich innych narządach obecność wągra jest czynnikiem prawie obojętnym[2]) i jako taka rzadko bywa przedmiotem rozpoznania, to oko mocą swéj subtelnéj budowy i funkcyi czule i głębokiemi zmianami oddziaływa na wtargnięcie intruza.

Nie dziw więc, że wobec takiego środka rozpoznawczego, jak wziernik, już w pierwszych latach ery wziernikowéj spotykamy się z rozpoznaniem i opisem tego cierpienia. Pierwsze niewątpliwe rozpoznanie wągra w głębi oka pochodzi od Alberta Graefego z r. 1854, a więc w trzy lata po wynalazku wziernika, podczas gdy o rok wcześniejszy opis Cocciusa tylko z prawdopodobieństwem miał za przedmiot wągra. Od owego czasu obserwacyje tego cierpienia wzrosły w Niemczech do takiéj liczby, że jak w r. 1875 wyraża się Wecker, dziś już tylko pomyślnie operowane przypadki mogą wynagradzać trudy ogłaszania.

W statystyce wągra zajmują też Niemcy pierwsze miejsce, co niewątpliwie stoi w związku z rozpowszechnionym tam zwyczajem jadania surowych szynek i kiełbas. Niemcy północne, zwlaszcza okolice Berlina i Halli, dzierżą prym pod tym względem. I tak Albert Graefe znajduje w swéj klinice na 80.000 chorych na oczy wągra śródocznego 80 razy, a więc w stosunku 1:1000, Alfred Graefe zaś, prof. w Halli, nawet nieco więcéj. W Francyi cierpienie to musi należeć do bardzo rzadkich, skoro Wecker w liczbie 60.000 chorych raz jeden z niem się spotyka. Prawdziwą już jednak *rara avis* jest ta choroba w Austryi, w któréj statystykach okulistycznych rubryka *cysticercus* długi czas świeciła takiemi pustkami, że szowinizm pruski nie wahał się téj luki tłómaczyć mniejszą wprawą w wziernikowaniu u austryjackich kolegów. Pierwszy bodaj przypadek wąga śródocznego w Austryi rozpoznał prof. Rydel w klinice Arlta, będąc jeszcze jego asystentem. Z innych okulistów badacz téj miary co Mauthner wyznaje, że na 30.000 chorych nie spotkał się ani razu z wągrem w oku. Sam Arlt w Wiedniu operował zaledwie jeden przypadek, Fuchs zaś w swym podręczniku[1]) nie daje nawet opisu obrazu wziernikowego téj choroby. Największą względnie liczbę, bo 4 przypadki, odnalazł w protokółach kliniki praskiéj Herrnhäuser[2]), z tych tylko 3 w głębi oka. Podobnież skąpe są doniesienia z Wielko-Rosyi, gdzie jak wynika z pracy Dra Magawly'ego[3]), do roku 1890 wszystkiego 5 przypadków jest znanych. W samym Petersburgu napotkano na 370.000 chorych wągra 2 razy[6]). Z krajów dawnéj Polski ogłoszono 6 przypadków, wszystkie z zaboru

[1]) Dotychczas znamy tylko dwa niewątpliwe spostrzeżenia: Quadri'ego ze sprawozdania kongresu okul. w Brukseli w r. 1858 i Kuhnta z r. 1888. To ostatnie stwierdzone pomyślną operacyją (*Correspondenzblatt des allgem. ärztl. Vereines in Thüringen* 1888). [2]) Patrz między innymi: Ziegler: *Lehrbuch der pathol. Anatomie*, T. 1.

[1]) *Lehrbuch der Augenheilkunde*, 1889. — [2]) *Ueber Cysticercen im Auge*, *Wiener klin. Wochenschrift*, 1889, Nr. 50. [3]) Wedle ref. *Przeglądu Lek.* w Nrze 10 r. 1890. [6]) Th. v. Schröder: *Ein teilweise resorbirter Cysticercus etc. Archiv f. Augenheilkunde*, XXXV., 3.

rosyjskiego (Jodko 1, Talko 2, Kośmiński 1, Kamocki 2), w téj liczbie 4 tylko z usadowieniem w głębi gałki ocznéj.

W klinice krakowskiéj aż do czasu naszych dwu przypadków nie spostrzegano dotąd ani razu wągra w głębszych częściach oka. Z 2 jedynych przypadków wągra w ogólności znalazł go raz prof. Rydel za siatkówką przy sekcyi oka wyłuszczonego w praktyce prywatnéj z powodu bólów w przypadku *iridocyclitis plastica recidiva* w r. 1872 [1]), w drugim przypadku znaleziono wągra przy operacyi pod spojówką u młodéj izraelitki.

Dopiero w ostatnim roku w przeciągu niespełna 4 miesięcy mieliśmy sposobność rozpoznać wziernikiem i operować 2 przypadki wągra śródocznego. Jakkolwiek w drugim naszym przypadku operacyja nie doprowadziła do celu, nie waham się obydwu na równi podać do wiadomości, sądzę bowiem, że wobec statystyki ogłaszanie niepomyślnych wyników ma większą wartość niż drapowanie się w starannie przesortowane kwiatki powodzenia, niegodne poważnéj nauki.

I. Józef S., komisarz z Dąbrowy Górniczéj w Król. Pol., lat 37 liczący, zgłosił się 14/12 1889 r. do kliniki naszéj z powodu utraty wzroku na oku prawem. Przyczynę choroby odnosi do uderzenia korbą w okolicę oka, jakkolwiek pogorszenie wzroku wystąpiło w miesiąc później w sposób nagły. Ogólnie czuje się zdrów. Tasiemca nie przebywał.

Badanie wykazuje: okiem prawem liczy palce na 0·15 m. ekscentrycznie od zewnątrz. Części dodatkowe i zewnętrzne wejrzenie oka prawidłowe. Tn. Źrenica prawidłowych rozmiarów wolna, oddziaływa leniwo na światło. Soczewka czysta, w przedniéj części ciałka szklanego błoniste, nakształt delikatnéj siatki rozpięte nieruchome zaćmienia. Przy skręceniu gałki ku dołowi widać przy prostem oświetleniu wziernikiem nieograniczony ściśle odblask barwy sinawo szaréj, w obrębie którego rysunku lub struktury jakiéjś odróżnić nie można. Powyżéj na całéj widzialnéj przestrzeni dna oka rozległe fałdziste oderwanie siatkówki. Przy lekkiem skręceniu oka ku górze wewnątrz rysuje się poza miernie zaćmioną i sfałdowaną siatkówką regularnie elipsoidalny kontur ciała zielonkowato zabarwionego z wyraźnem wypukleniem ku przodowi. Po rozszerzeniu źrenicy homatropiną i użyciu silnéj ($1\frac{1}{2}$ calowéj) soczewki dwuwypukłéj do wziernikowania w obrazie odwrotnym odsłonił się klasyczny obraz wągra ze wszystkiemi szczegółami. Teraz było można widzieć dokładnie, że pęcherz dolną swą częścią całą tarczę zasłania, górną zaś dotyka niemal równika gałki ocznéj. Na sinawem tle pęcherza odznacza się barwą silnie żółtą miejsce ściśle ograniczone, w którem należało poszukiwać głowy, któréj jednak w pierwszym dniu ani ja, ani prof. Rydel nie byliśmy w stanie odróżnić. Natomiast obecność kilku drobnych szarych zaćmień, z wejrzenia podobnych do osadów na błonie Descemeta, a uznanych zgodnie za objaw charakterystyczny wągra w głębi oka, usunęła wszelką wątpliwość co do rozpoznania. Rozpoznanie w następnym zaraz dniu stwierdzonem zostało nieomylnie ruchami rozwiniętéj zupełnie szyjki i głowy, które zwłaszcza w wieczornych godzinach można było przez dłuższy czas obserwować. Czasem wśród żywszych ruchów pasorzyta siatkówka parta ruchami głowy tegoż wzdymała się i opadała jak żagiel. Drobniejszych szczegółów, jak nasadek i *rostellum* z trudnością dopatrzeć się było można i to tylko w obrazie odwrotnym przy użyciu słabszéj soczewki dwuwypukłéj; obraz bowiem prosty, że dodam nawiasem, skutkiem znacznego wystawania przedniéj powierzchni pęcherza ku przodowi, dawał powiększenie słabsze, aniżeli odwrotny. Wielkość pasorzyta z powodu niemożności porównania z zasłoniętą tarczą, pomijając już niedokładność tego sposobu mierzenia dla znacznéj różnicy w odległości tych 2 przedmiotów, nie dała się nawet w przybliżeniu ocenić. Co najwyżéj można było powiedzieć, że mieliśmy do czynienia z okazem zupełnie rozwiniętym, a te, jak wiadomo, dochodzą średnio od 6 do 10 mm. długości.

Za zgodą chorego, pouczonego o znaczeniu cierpienia, przystąpił prof. Rydel dnia 31/12 do operacyi wydobycia wągra wśród głębokiéj narkozy i ściśléj antiseptyki. Plan operacyi przedstawiał się podobnie jak w przypadku Arlta, ogłoszonym w jego *Operationslehre* z r. 1874. Różnica dotyczyła tylko położenia cięcia twardówkowego, które tu wobec odmiennéj siedziby pasorzyta musiało przebiegać w tylnym górno-wewnętrznym oktancie gałki, a odpowiednio przedniemu biegunowi pęcherza musiało się poczynać w okolicy równika gałki. Przy silnem ściągnięciu oka ku dołowi — zewnątrz za pomocą pętli jedwabnéj, przewleczonéj przez spojówkę w pobliżu rogówki, uzyskano wygodny dostęp do pola operacyjnego w miejscu między mięśniem prostym górnym, a prostym wewnętrznym. W odległości 6 mm od brzegu rogówki nacięto spojówkę gałkową na długość 1 cm. ku tyłowi, poczem wkłuwszy wązki nożyk Graefego, zwrócony ostrzem ku górze w twardówkę w téj saméj odległości w sposób podobny jak przy ekstrakcyi zaćmy, utworzono rankę 10 mm. długą. Pęcherz mimo rozwarcia ranki haczykami sam wprawdzie nie wystąpił, ale za pierwszem wprowadzeniem delikatnych szczypczyków w całości wraz z głową i szyjką został wydobyty wśród odpływu kilku kropli cieczy wodnistéj, z wejrzenia do transsudatu podobnéj. Operacyja z wszelkiem prawdopodobieństwem odbyła się ściśle podsiatkówkowo, to jest bez naruszenia ciałka szklanego, przypuszczając bowiem, że owych kilka kropli pochodziło od rozpłyniętego ciałka szklanego, trudnoby było wytłómaczyć, dlaczegośmy go tak mało tylko stracili. Rankę twardówkową zespojono jednym szwem, powierzchownie chwytającym z najcieńszego jedwabiu, spojówkę zbliżono tylko w przednim kącie ranki. Pasorzyt wydobyty i w prędkości wrzucony przypadkiem do tacki z 5% karbolem zapadł się i skurczył tak, że wielkość jego tylko w przybliżeniu ocenić możemy na 8—10 mm. Założono opatrunek lekko uciskowy z cienkiéj organtyny krochmalnéj dla umożliwienia w razie potrzeby stosowania okładów lodowych bez zdejmowania opaski.

Lekki ból pooperacyjny, przeciągający się kilka dni, zmusił trzeciego dnia do zmiany opatrunku, przyczem znaleziono mierny obrzęk powieki górnéj i dość znaczną opuchlinę (*chemosis*) spojówki gałkowéj. Groźne te na pozór objawy miały jednak znaczenie prostéj tylko przesączyny surowiczéj (*Chemosis alba*), bo już na drugi dzień po zastosowaniu okładów lodowych przyrządem Leitera ustąpiły. W 4-tym dniu po operacyi zdjęto szew twardówkowy (spojówkowy odszedł sam) *chemosis* ustąpiła, oko wybladło. Chory palców nie liczy, poczucie światła utrzymane. Przy wystąpieniu chorego z zakładu dnia 13/1 b. r. oko, prócz lekkiego nastrzykania w okolicy już dobrze zgojonej ranki przedstawiało się zewnętrznie niemal prawidłowo. Napięcie gałki normalne, wzrok jednak ponad rozpoznawanie ruchów ręki się nie podniósł. Wziernik wykazywał: ciałko szklane nieco więcéj zaćmione, dozwala jednak rozpoznać zmniejszenie się rozmiarów oderwania siatkówki, jakoteż płaską wybroczynę krwawą w okolicy cięcia twardówkowego. Tarcza nerwu wzrokowego dotąd niewidzialna. Ognisko sinawo-szare w dolnéj połowie pola widzenia utrzymuje się dotąd bez zmiany i budzi podejrzenie pierwotnego legowiska pasorzyta. Kiedym chorego przy powtórnem zgłoszeniu się dnia 22/1 przedstawiał w tutejszem towarzystwie lekar., stan ten utrzymywał się bez zmiany.

W cztery miesięcy późniéj nadarzył nam się przypadek drugi.

II. J. N., urzędnik, l. 22 liczący z Chrzanowa, cieszył się w pierwszéj młodości dobrym wzrokiem. W czasie studyjów szkolnych rozwinął się w lekkim stopniu krótki wzrok, w 18 zaś roku życia pojawiły się początki zéza na oku lewem. Odkąd okiem tem gorzéj widzi, nawet w przybliżeniu podać nie umie, prób bowiem wzroku każdem okiem z oso-

[1]) Prawie całkowite zarośnięcie źrenicy nie dozwalało w tym przypadku na badanie i rozpoznanie wziernikowe, a obecności wągra, jako przyczyny niezwykle uporczywego zapalenia, domyślał się prof. Rydel tylko z przebiegu. Sekcyja stwierdziła następnie ten domysł.

bna nie przedsiębrał. Ogólnie, pomijając kaszel dokuczliwy, nigdy nie chorował, członków tasiemca w stolcu nie zauważał. Wieprzowiny surowéj nie jadał.

Badanie przedmiotowe ócz wykazuje: oko prawe $\sqrt{} = 6/6$ Mp. 2 D.; oko lewe: bystrość wzroku upośledzona do liczenia palców na 0·75 m. bardzo obwodowo, dołem. Znaczny zéz rozbiezny (3—4 mm.) ze znaczeniem zézu towarzyszącego. Zresztą innych zboczeń zewnętrznych brak. Tn.: wziernikiem stwierdzić można: środki łamiące, nie wykluczając ciałka szklanego, czyste. Tarcza nerwu wzrokowego prócz staréj punktowatéj wybroczynki okazuje się prawidłową. Siatkówka w całéj dolnéj polowie aż po równik oderwana, jednak przeźroczysta. W miejscu plamki żółtéj widać pęcherz o regularnym, kulistym konturze, wielkości $2^1/_2$ średnic tarczy. Brzegi pęcherza barwy zielonkowatéj, odbijają od różowéj barwy dna oka, przeglądającego przez środek pęcherza. Blisko górno-wewnętrznego brzegu pęcherza (obraz odwrotny) widać miejsce pozornéj wielkości ziarnka pszenicy, o barwie wybitnie czerwonéj, odgraniczone z boku linijką jasno świecącą i jakby z drobnych punktów złożoną (osady wapienne?). Drobne gałązki żył siatkówkowych, przechodzące na przednią powierzchnię pęcherza, opisują strome łuki i przesuwają się paralaktycznie przy ruchach soczewki ponad płaszczyzną reszty dna oka. Mimo częstego badania w różnych porach dnia nie zauważono nigdy głowy lub szyjki. Natomiast pęcherz w całości bezustannie kształt swój zmieniał, przyczem brzeg jego wewnętrzny kolejno to się oddalał, to znów prawie dotykał zewnętrznego (w rzeczywistości) brzegu tarczy. W najbliższem otoczeniu pęcherza zauważyć można rozrzucone w siatkówce drobne, mocno połyskujące punkty srebrzyste, przypominające charakterystyczne ogniska w *retinitis albuminurica*.

Przypadek ten różnił się zasadniczo od powyżéj opisanego. Przedewszystkiem mieliśmy tu do czynienia z osobnikiem bardzo młodym, jak na to wskazywała wielkość pęcherza, dająca się na podstawie porównania z tarczą nerwu wzrokowego (2 r = 1·4 mm.) ocenić na 3·5 mm. w średnicy, nie mniéj brak wykształconéj szyjki i głowy, któréj wągry, jak wiadomo z badań Leuckarta [1]), nie posiadają w pierwszym okresie rozwoju. Wobec tych miniaturowych rozmiarów pasorzyta, a jeszcze bardziéj wobec niefortunnéj lokalizacyi w saméj plamce żółtéj, nie tailiśmy ani przed sobą, ani przed chorym niepewnych szans operacyi, która nadto nawet w razie pomyślnego wyniku nie dawała nadziei poprawy, a choćby tylko utrzymania tego wzroku, jaki był. Z tem wszystkiem chory, powodowany życzeniem uniknięcia czekającéj go kiedyś enukleacyi oka, poddał się operacyi, którą też dnia 22/4 b. r. wykonał prof. Rydel metodą podaną przez Alfreda Graefego dla przypadków wągra w tylnym odcinku gałki ocznéj [2]). Operacyja sama miała spełnić dwa zadania: 1) umożliwić dostęp do okolicy tylnego bieguna gałki przez odpreparowanie płatu spojówkowego wraz z mięśniem prostym zewnętrznym ku tyłowi; 2) nadać cięciu twardówkowemu położenie odpowiednie plamce żółtéj. Warunek drugi teoretycznie nie zdawał się sprawiać trudności, zważywszy, że miejsce to w oku mało zbaczającem od prawidłowéj budowy leży w odległości 24 mm. od szczytu rogówki. Biorąc więc za punkt wyjścia w mierzeniu zewnętrzny brzeg rogówki, należało tylko odliczyć 2 do 3 mm. na część osi ocznéj od podstawy do szczytu rogówki, czyli odmierzyć cyrklem jako cięciwę odległość 21—22 mm. w południku poziomym, aby natrafić na siedzibę pasorzyta. Narkoza tak pożądana w naszym przypadku okazała się niemożliwą z powodu napadów duszności, jakim podlegał chory, cierpiący na zadawnioną *tracheobronchitis* z obfitą wydzieliną. Operacyja więc odbyła się przy znieczuleniu kokainą wstrzykniętą pod spojówkę gałki. Po odpreparowaniu płatu trapezoidalnego ze spojówki gałkowéj uchwycono ścięgno mięśnia prostego zewnętrznego w podwójny haczyk Weckera, poczem przeprowadziwszy przez ścięgno mocną pętlę jedwabną, przecięto takowe poza pętlą, która umożliwiała silne skręcanie gałki ku nosowi. Mimo wydatnego odpreparowania mięśnia ku tyłowi trudno było samem ciągnięciem pętli odsłonić tylny biegun oka w żądanéj odległości 22 mm. tak, że dodatkowo okazało się koniecznem równoczesne odciąganie szczypczykami zewnętrznéj komisury powiek. Uzyskawszy wreszcie zmierzoną cyrklem odległość 22 mm., utworzył prof. Rydel kilkoma powolnemi sunięciami nożyka Graefego z ostrzem zwróconem ku twardówce rankę 4 mm. długą, z któréj wnet przeciskać się poczęło ciałko szklane prawidłowéj konsystencyi. Wągr ani sam, ani po rozwarciu ranki haczykami nie wystąpił. Zawiodły też i szczypczyki wprowadzane bezskutecznie 5—6 razy w różnych kierunkach. Ponieważ wśród tych manipulacyj ciałko szklane zwolna, ale bezustannie się sączyło tak, że oko poczęło się lekko marszczyć, zaniechano dalszych manipulacyj, zdjęto pętlę ze ścięgna, nie zszywając go umyślnie z mięśniem ze względu na *strabismus divergens*, płat zaś spojówkowy ustalono w swojem miejscu trzema szwami.

Dzięki starannéj antiseptyce reakcyja po tym ciężkim zabiegu była minimalną: lekka surowicza *chemosis*, która już po 3 dniach ustąpiła po zastosowaniu lekko uciskowéj opaski i jedyna przyczepina tylna, rozerwana jednorazowem zapuszczeniem atropiny. W jedenaście dni po operacyi przybrało oko wejrzenie mało różne od prawidłowego. Zéz tylko, rzecz dziwna, zwiększył się o jakie $2^1/_2$ mm., jak sądzę, z powodu kurczenia się płatu spojówkowego. Wzrok podupadł do poczucia światła. Wziernik wykazywał: soczewka czysta, zato tak silne jednostajne zaćmienie ciałka szklanego, że dna oka wcale widzieć nie było można. W parę tygodni późniéj zaćmienie ciałka szklanego o tyle się zmniejszyło, że przynajmniéj kierunek i położenie cięcia odróżnić było można, jako jasną smugę wśród ogniska wybroczynowego, ale co najważniejsze, nie w okolicy plamki żółtéj, ale powyżéj takowéj. (Dok. nast.)

[1]) *Die menschlichen Parasiten*, 1863, T. I. [2]) Graefe: *Archiv f. Ophthalm.*, XXIV., 1.

II. Z pracowni profesora Cornila w Paryżu.

O udziale krwi w powstawaniu produktów zapalnych.

Napisał

Andrzéj Obrzut z Pragi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40.)

Z tych doświadczeń przedewszystkiem dwa spostrzeżenia zasługują na uwagę. Mianowicie: stwierdziliśmy, że ciałka czerwone, gdy się znajdą wśród pewnych warunków odżywczych (w naszym przypadku między dwiema blaszkami szklanemi), ulegają przemianie włóknistéj, dając początek siatce z ich istoty złożonéj, a powtóre, że w ich masie wyróżniają się wśród innych warunków dwie istoty z odmiennem oddziaływaniem mikrochemicznem, a polegającem na tem, że jedna z tych istót wobec barwików zachowuje się jak istota chromatyczna jąder. Te dwa spostrzeżenia są wielkiéj doniosłości w sprawie nowotwórczo-zapalnéj i za pomocą nich wyjaśnić się dają pewne zjawiska, które bez nich byłyby zagadkowemi.

Niemniéj ważne wyniki otrzymaliśmy przez wprowadzanie do tkanin żyjących rdzenia bzowego. To ciało porowate wprowadzałem do jamy brusznéj królika, do tkanki podskórnéj i do wątroby. W kawałkach wprowadzonych do jamy brzusznéj, otrzymaliśmy obraz podobny jak w kawałku płuca powyżéj opisanym, dlatego do szczegółów tych wracać nie będziemy.

Doświadczenie z wprowadzaniem rdzenia bzowego do wątroby wykonaliśmy w ten sposób, że za pomocą ostrego noża (aby uniknąć ugniatania) wycinałem z kawałka rdzenia płytki $^1/_2$ do 1 ctm. szerokości, a 1 milimeter grubości i po sterylizowaniu wsuwałem do ranki wątroby ukośnie do jéj powierzchni przebiegającéj. Ten kierunek rany zabezpiecza od znaczniejszego krwawienia i wypadnięcia płytki z wą-

troby. Dnia 6-go zabiłem królika. W jamie brzusznéj żadnego objawu zapalenia. Ranka w wątrobie widoczna jako biaława linijka. Linijka ta odpowiada istocie, która spaja oba brzegi rany. W miejscu tem nie było żadnego zrostu wątroby z otoczeniem. Kawałek rdzenia wrosły w miąższ wątrobowy wyciąłem z warstwą tegoż około trzy milimetry grubości mającą i potem prostopadle do płytki rdzenia pociąłem całość na jak najcieńsze skrawki, obejmujące i rdzeń i otaczający miąższ. Po stwardnieniu w rozczynie Fleminga i po umocowaniu w celoidynie, otrzymałem bardzo cieniutkie skrawki, które barwiłem safraniną lub gencyjaną, lub obydwoma po kolei jeden i ten sam skrawek. Obraz mikroskopowy był następujący:

Osobno musimy przedstawić zmiany, jakie w przylegającym miąższu wątrobowym, a jakie w oczkach rdzenia bzowego znaleźliśmy. Zaczynając opis od miąższu wątrobowego przedewszystkiem stwierdzić musimy, że w komórkach wątrobowych nigdzie nie spotkaliśmy mitoz. Zachowanie się miąższu samego było tu zupełnie biernem. Część tegoż przylegająca do ciala obcego była w niektórych miejscach nekrotyczną. W innych miejscach, a miało to miejsce na większéj przestrzeni między ciałem obcem a miąższem, znajdowala się dosyć szeroka warstwa tkanki łącznéj w różnych okresach rozwoju. Składa się ona z włókien najczęściéj równolegle do brzegu (ciała obcego) przebiegających i krzyżujących się pod ostremi kątami. Wśród włókien rozmieszczona jest różna ilość jąder owalnych, epitelioidowych i leukocytów wielo jąderkowych, wreszcie jąder pod względem rozmiarów pośrednie zajmujących miejsce tak, że miejscami istota międzykomórkowa, miejscami komórki przeważają. Bardzo rzadko jądra te okazują figury karyjokinetyczne. Geneza téj tkanki jest taka sama, jak w ranie wątroby przy doświadczeniach wyżéj przedstawionych, a daje się łatwo udowodnić na granicy miąższu zachowanego lub w otoczeniu naczyń. Pseudokanaliki tylko w bardzo nielicznych miejscach i to w stanie zawiązków są widoczne. Zamiast warstwy tkanki łącznéj, spotykamy często rozległe ogniska krwotokowe, a krew okazuje tutaj obrazy zupełnie identyczne z obrazami przy zranieniach wątroby. Ciałka czerwone rozkładają się w siatkę hemoglobinową, same blednąc aż do utraty konturów. Siatka ta okazuje barwę ciałek czerwonych prawidłowych, a blednąc sama przechodzi bezpośrednio w istotę międzykomórkową sąsiedniéj tkanki łącznéj. W innych miejscach siateczka ta barwi się bardzo żywo gencyjaną i safraniną. Co do leukocytów w téj krwi wynaczynionéj, to musimy położyć nacisk na jednę ważną okoliczność. Otóż ilość ich może odpowiadać stosunkom prawidłowym. Często jednak są one daleko liczniejsze niż to wynaczynionéj krwi odpowiada, a ma to miejsce tylko wobec siatki, mającej barwę prawidłowych ciałek czerwonych. W miejscach tych, gdzie siatka ta barwi się silnie safraniną, ilość leukocytów odpowiada stosunkowi prawidłowemu, t. j. znajdują się one w bardzo nieznacznéj ilości.

Na tem kończymy opis otoczenia ciala obcego, a przychodzimy do przedstawienia nadzwyczaj ważnego szeregu zjawisk, jakich siedzibą są oczka rdzenia bzowego.

Tylko najpowierzchowniejsze rzędy tych oczek są wypełnione, środkowe są zupełnie próżne. Trudno sobie wyobrazić lepszy sposób do badania krwi wynaczynionéj, niż ten, jakiego użyłem. Ze świeżéj rany wątroby, z przekroju takiego mnóstwa naczyń włosowatych krew musiała tu wniknąć do otworów ciała porowatego z prawidłowym stosunkiem ilościowym swych składników, to jest ciałek białych, czerwonych i części płynnych. Obraz więc w pierwszych godzinach po operacyi musiał być jednakim we wszystkich oczkach, mianowicie wszystkie jednaką krwią musiały być wypełnione. Dnia 6-go po operacyi wnikła ta krew do ciała porowatego w różnych oczkach różnie nam się przedstawia. Zmiany, jakim ona w ciągu tego czasu uległa, podzielić możemy na dwie grupy, a mianowicie: zmiany wsteczne i zmiany widocznie progresywne. Do pierwszych należą te oczka nieliczne, w których krew rozpadła się w masę drobno-ziarnistą, bezbarwną, bez żadnéj dalszéj budowy, lub w których co najwięcéj wśród téj masy ziarnistéj spotykamy jakieś grubsze ziarenka, barwą swą dawny barwik ciałek czerwonych przypominające. Wcześniejszy okres takiego rozpadu przedstawiają te oczka bzowe, gdzie ciałka czerwone zachowały jeszcze swe kontury, straciły jednak swój barwik i stały się drobniutko ziarnistemi.

W daleko większéj liczbie oczek przyszło we krwi do zmian przyrody progresywnéj, która tem się przedewszystkiem objawia, że wytworzyły się tutaj liczne składniki komórkowe z obfitą istotą chromatyczną. Uderzają przedewszystkiem te oczka, gdzie przy słabem zwiększeniu mamy przed sobą dwie istoty, o dwóch prawie kontrastujących barwach, jednę o barwie jasno-zielonéj i drugą czerwoną (preparaty barwione tylko safraniną). Na czem ta dwubarwność polega, na to daje nam wyjaśnienie nieco silniejsze powiększenie. Znajdujemy wtedy oczka bzowe, wypełnione ciałkami czerwonemi, których rozmiary są nieco mniejsze od prawidłowych, kształt wszędzie okrągły, a ilość naturalnego ich barwika zwiększona, ztąd ich odcień więcéj zielonawy. Otóż w tych to ciałkach czerwonych znajdujemy istotę chromatyczną w różnéj ilości. I tak w niektórych ciałkach widzimy dopiero przy otwarciu kondenzora małe ziarenka w liczbie różnéj, czasem tylko jedno, ułożone jużto w środku, jużto na samym obwodzie ciałka. Im liczniejsze i im większe są te ziarenka, tem mniéj prześwieca z pomiędzy nich barwa szarozielonawa. Niektóre ciałka są w całości silnie safraniną zabarwione, a tylko po tem je jako cialka czerwone można rozpoznać, że mają kształt i rozmiary zupełnie te same, co ciałka czerwone, obok nich leżące, z ziarnami hemoglobiny lub bez nich. Obok tych jąder ułożonych widocznie w ciałkach czerwonych znajdujemy i ziarenka wolne, nieregularne, silnie zabarwione safraniną i jąderka bardzo maleńkie, okrągłe, na obwodzie okazujące drobne ziarenka chromatyczne, kształt tych ostatnich i rozmiary są identyczne z bardzo małemi ciałkami czerwonemi, które obok prawidłowych w różnych oczkach bzowych w różnéj liczbie napotykamy Obok tych jąder najwidoczniéj powstałych z ciałek czerwonych, spotykamy i jądra znacznie większe podobne do epitelioidowych, okrągłe lub lekko owalne. Między temi jądrami epitelioidowemi, a małemi powstałemi z ciałek czerwonych znajdują się wszelkie możliwe postacie przejściowe. Jądra wielkie, owalne lub okrągłe, spotykamy zwłaszcza w tych miejscach, gdzie zamiast ciałek czerwonych znajdujemy istotę prawie jednolitą, w któréj na brzegach tylko można wykryć kontury ciałek czerwonych. Te obrazy stanowią przejście do komórek olbrzymich, które tu w bardzo znacznéj liczbie spotykamy.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Z kazuistyki sądowo-lekarskiéj.

Udar mózgowy samoistny, czy wskutek urazu. Brak nerki prawéj.

Podał
Dr. Józef Bogdanik,
prymaryjusz szpitala powszechnego w Biały.

(Dok. Patrz Nr. 41.)

Wynik przesłuchania lekarza ordynującego Dra C. podaję niniejszem w streszczonem tłomaczeniu. Zna on H. S. jako cierpiącego na chorobę nerkową z niekompensatą (niedomogą) serca. W dniu 30/12 1889 r. zastał go w łóżku w stanie półprzytomnym. Na plecach widział dwa zdarcia przyskórka wielkości centa, chory nie mógł się podnieść, żalił się na wielki ból głowy, kończynami dobrze władał. Zalecił spokój, lodowe okłady na głowę i wodnik chloralu. Następnego dnia wzmogły się bóle głowy. Fałdy po prawéj stronie twarzy zdawały się nieco wygładzone. Język nie zbaczał, źrenice równe, oddziaływały dobrze, ręce i nogi wolne, jakkolwiek nieco leniwsze. Ciepłota ciała nie podwyższona. Trzeciego dnia spostrzegł wyraźniejsze objawy wynaczynienia do pra-

wéj półkuli mózgowéj, władanie lewą kończyną górną i dolną niemożebne. Mocny ból głowy, lekka gorączka, zatrzymanie stolca. Przypady wynaczynienia wzmagały się, lecz przytomność utracił dopiero krótko przed śmiercią Oddawanie moczu było możebne. Mowa trudno zrozumiała.

Drugi lekarz Dr. D. napisał dosłownie: „Będąc raz jeden, dnia nie pamiętam, u H. S. stwierdziłem, o ile dobrze pamiętam, porażenie lewéj połowy ciała (kończyny górnéj i dolnéj) i objawy porażenia mięśni twarzy, jeżeli się nie mylę, po przeciwnéj stronie. Chory rozmawiał ze mną całkiem gładko. O inne szczegóły się nie dopytywałem."

Inni świadkowie przesłuchani nic stanowczego nie zeznali.

Na podstawie tych danych wydaliśmy następujące stanowcze orzeczenie:

Denat przyszedł na świat z dość znaczną wadą ustrojową, bo brakiem nerki prawéj. Wskutek zastępczego działania nerki drugiéj nastąpił przerost tejże, objawiający się jako cierpienie nerkowe, o którem wspomniał lekarz ordynujący Dr. C. Dalszem następstwem był przerost serca, który to przerost i inną miał przyczynę, mianowicie proces miażdżycowy tętnic sekcyją stwierdzony (l. 10) Cierpienia te u mężczyzny 54 lat liczącego, opasłego, o krótkiéj, grubéj szyi usposabiały do udaru mózgowego, który się ostatecznie stał przyczyną śmierci denata. Stwierdza to wynaczynienie krwi do miąższu prawéj półkuli mózgowéj wielkości orzecha włoskiego (prot. sekc. l. 8) łącznie z objawami za życia spostrzeżonemi przez Dra C. jako to: porażenie lewych kończyn, zamazane fałdy na policzku prawym, mowa utrudniona. Nie sprzeciwiają się temu i chwiejne zeznania drugiego lekarza Dr. D., bo mniejsza o to, czy mowa była gładka, czy utrudniona; utrudnienie mowy mogło nastąpić dopiero w późniejszym okresie choroby, w którym Dr. D. może chorego nie widział. Opadowe zapalenie płuc zaś (prot. sekr. 9) było następstwem udaru (przez leżenie), przyczepiny opłucnowe świadczą o dawniéj przebytem zapaleniu opłucnéj (l. 9). Rozchodzi się teraz jeszcze o to, **kiedy był początek udaru mózgowego i czy on powstał wskutek pobicia**. Oględziny sądowo-lekarskie za życia następnego dnia po pobiciu dokonane jeszcze udaru nie stwierdziły. Z wyjątkiem bowiem zamglenia *sensorium*, bólu głowy i skłonności do wymiotów, niepokoju, które to objawy nie były wystarczające do rozpoznania tego, wynik badania był ujemny, dla tego też wstrzymaliśmy się z wydaniem orzeczenia. Dopiero wskutek zeznań lekarza ordynującego Dra C., który trzeciego dnia po uszkodzeniu spostrzegł porażenie obu kończyn lewych orzec możemy, iż tegoż dnia były niewątpliwe objawy wynaczynienia po stronie prawéj mózgu. Wobec tego też twierdzimy, iż poprzednie objawy były prawdopodobnie zwiastunami, a może następstwem już rozpoczynającego się wynaczynienia. To co kilku świadków przesłuchanych podaje, iż już 30/12 1889 widzieli, że H. S. lewą stroną nie ruszał, jest prawdopodobnie odniesieniem objawów późniejszych do okresu wcześniejszego.

Delikatniejszéj natury jest rozstrzygnięcie pytania, czy gwałt zewnętrzny przyczynił się do wystąpienia wynaczynienia, t. j. udaru mózgowego. Denat był do tego wielce usposobionym, jak już powyżéj wspomnieliśmy i udar bez widocznéj przyczyny każdéj chwili mógł nastąpić. Gwałtem zewnętrznym zaś, podobne skutki wywołującym, jest silne uderzenie w głowę, względnie uderzenie się przy upadnięciu ze znaczną siłą. Zeznaniami świadków tego nie stwierdzono, owszem są one jednozgodne, że H. S. po pchnięciu wcale nie upadł, zaś o uderzeniu w głowę wcale już mowy nie ma. Został on pchnięty ręką w piersi według zeznań świadków, lecz w skutek tego żadnego śladu ani za życia ani po śmierci nie było. Nie było też śladu żadnego uderzenia w innem miejscu. W protokóle oględzin za życia dokonanych (l. 7) zamieściliśmy w dniu 31/12 1889. „Badanie głowy, tułowia, ani też kończyn nie wykazało żadnego uszkodzenia w szczególności **nie znaleźliśmy nic na tyłogłowiu, na krzyżach, ani też po prawéj stronie klatki piersiowéj**". Co tedy podaje Dr. C. przesłuchany dopiero 9/3 1890, iż dnia 30/12 1889 widział na plecach dwa zdarcia przyskórka wielkości centa, jest widocznie pomyłką, prawdopodobnie ztąd pochodzącą, iż na plecach wystąpiły czeraki (l. 3) przy sekcyi znalezione. **Uraz przeto stosunkowo dość mały, jakim było pchnięcie, wskutek którego H. S. nawet się nie przewrócił i które żadnego nie pozostawiło znaku, nie mógł wywołać udaru mózgowego. Powolne wystąpienie objawów takowego również za tem przemawia.**

Wskutek tego orzeczenia zwróciła c. k. prokuratoryja państwa w Wadowicach akta c. k. sądowi powiat. w Biały celem ukarania A. B. we własnym zakresie za przekroczenie z § 431 ust. k., popełnione przez uderzenie H. S. w piersi, oraz ciągnienie go, nie znalazłszy podstawy do ścigania go za zbrodnię lub wykroczenie przeciw bezpieczeństwu życia z § 335 u. k., lecz sąd powiatowy i co do tego przekroczenia wydał wyrok uwalniający.

Niniejszy przypadek sądowo lekarski budzi już u anatoma żywy interes przez brak zupełny nerki, który to brak był wrodzonym, bo nie znaleziono ani dotyczącéj tętnicy lub ujścia tegoż do pęcherza moczowego. Przypadki takie są nader rzadkie. Na drugim zjeździe chirurgów polskich w Krakowie poruszył tę sprawę prof. **Obaliński**, opisując przypadek za pomocą operacyi usuniętéj hydronefrozy bez śladu nerki prawéj lub moczowodu, poczem Dr. **Kijewski** podał analogiczny przypadek, a Dr. **Jasiński** wspomniał o przypadku, gdzie Brodowski w Warszawie przy sekcyi także nie mógł znaleźć nerki [1]). Jak się prywatnie dowiedziałem, jeszcze **Bukowski** z Warszawy operował hydronefrozę bez śladu nerki prawéj Więcéj podobnych przypadków w literaturze znaleźć nie mogłem.

Dla lekarza sądowego zaś była trudną do rozstrzygnienia sprawa, czy osoba druga śmierć zawiniła, czy nie. W tym względzie sądzę, iż orzeczenie wydane jest zupełnie uzasadnionem, boć wobec chorobliwego ustroju denata trudno zrobić było kogoś odpowiedzialnym za pchnięcie, które nawet widocznych śladów nie pozostawiło, a sąd nie widział przyczyny zastosowania § 431 u. k. Kwestyi zaś, czy przestrach a więc motyw psychiczny mógł się do udaru przyczynić, nie poruszaliśmy wcale raz, że zdaniem mojem kwestyj naukowo nie stwierdzonych nie należy dotykać w orzeczeniach sądowo-lekarskich, a powtóre, że się w sprawach niepewnych kierować musimy zasadą *in dubio mitius*. Arcypożądaną rzeczą był dokładny protokół przy pierwszych oględzinach spisany, a mianowicie, że podano, iż szczegółowo na tyłogłowiu, na plecach i po prawéj stronie klatki piersiowéj nie znaleziono żadnych śladów uszkodzenia, zwłaszcza wobec późniejszych zeznań lekarza ordynującego, iż sińce widział. Okoliczność tę uwzględniliśmy przy wydaniu orzeczenia.

Przesłuchiwania świadków co do okoliczności zmysłami dostrzegalnych winno się jak najrychléj przedsiębrać. W niniejszym przypadku ogromne wskutek grasującéj influenzy zajęcie lekarzy w krytycznym okresie czasu usprawiedliwia pomyłkę.

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. **Drasche** (Wiedeń): **Influenza.**

Grypa pojawiając się tylko nagminnie, idzie prawie zawsze od wschodu na zachód. Postępuje nadzwyczaj szybko, jak żadna inna choroba nagminna, a nie trzyma się szlaków utartych, ani nie jest zależną od stosunków klimatycznych i pór roku. Ofiary wybiera bez względu na wiek, płeć, rasę i warunki życia. Tegoroczna epidemija wybuchła w drugiéj połowie maja w Bucharze, a wędrując ku zachodowi, przebiegła szybko spory kawał ziemi. Co do liczby przypadków i śmiertelności, autor posiłkuje się statystyką wiedeńską, gdzie najwyższa śmiertelność w ostatnim tygodniu wynosiła 130 na dzień; równocześnie zmarło w grudniu 344 osób z zapa-

---

[1]) *Przegląd Lekarski* 1890, Nr. 33, str. 476.

lenia płuc, przeważnie ludzie podeszli i schorzali, a wówczas jakby w pewnym związku okazała się wysoka śmiertelność wśród suchotników. W Wiedniu stan barometryczny był wysoki, bez wiatrów, częste mgły i sporo wilgotności w powietrzu.

Następuje znany opis samego napadu, który kończy się spadkiem ciepłoty wśród obfitych potów, a chwila ta może być albo zakończeniem saméj choroby, albo występują w dalszym ciągu zmiany miejscowe, a przedewszystkiem nieżytowe. Zapaleniu oskrzeli towarzyszyła wysoka ciepłota, brak łaknienia, bezsenność i ogólne osłabienie, stojące w znacznym niestosunku do nasilenia procesu chorobowego. Zapalenie płuc towarzyszyło grypie stale w jéj wędrówce, rozwijając się raz niespostrzeżenie, to znów wśród ciężkich objawów, po zapaleniu oskrzeli, lub w okresie ozdrowienia. Przebieg był różny, a zawsze odmienny od ogólnego obrazu zapalenia płuc; gorączka okazywała niestosunek do nasilenia choroby i nie ustępowała przez przełamanie się. Sprawa prowadziła do zagęszczenia miąższu, do ropni nawet i zgorzeli ognisk zapalnych, pociągając za sobą zniszczenie miąższu na mniejszéj lub rozleglejszéj przestrzeni. Autor zaprzecza, jakoby dławcowe zapalenie płuc miało być równoczesną epidemiją z influenzą. Zapalenie opłucny pojawiało się albo samoistnie, albo dołączało się bezpośrednio do zapalenia oskrzeli, nierzadko z wysiękiem ropnym, skoro zropiały i ogniska zapalne w płucach, naówczas proces przenosił się na osierdzie, śródsierdzie, a nawet i na otrzewnę.

Objawy ze strony systemu nerwowego środkowego i obwodowego wywołane były prawdopodobnie bezpośredniem działaniem jadu chorobowego, częściowo zaburzeniami w następstwie gorączki. Ujemne działanie na serce widocznem było już z samego początku choroby; tętno drobne, a liczne, od czasu do czasu nieregularne, późniéj objawy niedomogi, a nierzadko i śmierć przez porażenie serca. Objawy te tem cięższe, skoro dotyczą osób podeszłych, u których istnieją już zmiany w mięśniu sercowym lub w naczyniach. W narządzie wzrokowym obserwowano zmiany, począwszy od zapalenia spojówki aż do zaburzeń w akomodacyi; w słuchowym zapalenie ucha środkowego jako dalszy ciąg procesu w jamie noso-połykowéj. Często można było wykazać obrzęk śledziony. Zmiany te utrzymują się długo, nawroty choroby saméj są częste.

Badania krwi dokonane przez K l e b s a wykazały twory plasmodyczne (szczepione z wynikiem ujemnym), K o l l m a n znalazł jedynie pomnożenie liczby białych ciałek. W moczu znalazł W e i c h s e l b a u m pneumokoki Fränkla, J o l l e s laseczniki Friedländera; w innych wydzielinach znaleziono strepto- i stafilokoki. Nie stwierdzono dotąd, aby choroba przenosiła się bezpośrednio z człowieka na człowieka, t. j. aby jad chorobowy reprodukował się w ustroju i stąd się rozszerzał; autor nie zgadza się również na nazwanie grypy chorobą zaduchowo-przyrzutową, według niego zarazek wisi w powietrzu i tą drogą jedynie dostaje się do ustroju.

Ustrzeżenie się zatem trudne, mimo to słusznem jest odosabnianie chorych, zamykanie szkół itp. Poleca zachowanie dyjetetyczne i spokój, z leków raczéj chininę niż antipyrynę, zresztą leczenie objawowe. (Osobna odbitka z *Wien. med. Woch.* 1890). *P. R.*

Patologija.

Wilhelm E r b: *Dystrophia muscularis progressiva.*

(Dok. Patrz Nr. 41).

W dystrofii rzecz się ma co do tych objawów zupełnie odwrotnie, to jest m a ł e m i ę ś n i e dłoni prawie zawsze p r a w i d ł o w e, a jeśli są zajęte, to dzieje się to dopiero w bardzo późnym okresie choroby, często p r z e r o s t prawdziwy lub fałszywy mięśni, o d r u c h y ś c i ę g n i s t e z m n i e j s z o n e lub z n i e s i o n e. Nigdy n i e m a r e a k c y i z w y r o d n i e n i a elektrycznego, nigdy nie łączy się z porażeniem opuszkowem.

2) *Syryngomyelia* jeszcze łatwiéj daje się odróżnić od dystrofii. Okazuje ona bowiem umiejscowienie cierpienia w rdzeniu, p o r a ż e n i e z zanikiem mięśni i r e a k c y j ą z w y r o d n i e n i a e l e k t r y c z n e g o, nigdy przerost mięśni, a za to przedewszystkiem z a b u r z e n i a w c z u c i u, mianowicie bóle i parestezyje.

3) Również łatwem jest rozróżnienie od *Neuritis multiplex chronica*, która czasem przedstawia pewne podobieństwa do zaniku postępującego mięśni. Tutaj obecność p o r a ż e ń m i ę ś n i, z a b u r z e n i a w c z u c i u, mianowicie bóle, wreszcie umiejscowienie choroby dostatecznie charakteryzują tę sprawę, a zatem branie jéj za dystrofiję niemożebne.

4) *Atrophia neurotica progressiva Hoffmanni* (Type Charcot-Marie, Peroneal type Anglików). Stanowisko téj choroby nie jest jeszcze jasnem, ale występuje ona jako porażenie połączone z zanikiem mięśni stóp i podudzi (późniéj także rąk i przedramion) z r e a k c y j ą z w y r o d n i e n i a i d r g a n i a m i w ł ó k i e n k o w e m i m i ę ś n i, nierzadko także z z a b u r z e n i a m i w c z u c i u. Więc jakkolwiek choroba ta bez wątpienia jest przyrody dziedzicznéj i zwykle występuje we wczesnym wieku dziecięcym, to przecież łatwo ją odróżnić od dystrofii mięśni.

Z m i a n y a n a t o m i c z n e *Dystrophiae muscul. progressivae.* Zmiany anatomiczne tak kawałków mięśni wyciętych za życia z różnych form zaniku mięśniowego, jakoteż zmiany, jakie okazały przypadki, które przyszły do sekcyi, wykazują, że wszystkie postacie dystrofii w główniejszych punktach sobie odpowiadają, a polegają jedynie na różnicach ilościowych zmian histologicznych, zależących jedynie od okresu choroby. Różnice między pojedynczemi mięśniami u jednego i tego samego chorego nie są mniejsze, aniżeli różnice między mięśniami różnych form dystrofii.

Zmiany odnoszą się tak do włókien mięśniowych jak i tkanki łącznéj międzymiąższowéj.

Z m i a n y w ł ó k i e n m i ę ś n i o w y c h: przerost włókien, zanik włókien i zaokrąglenie takowych, pomnożenie jąder mięśniowych, podzielenie się włókien, tworzenie się tak zw. wakuoli (*Vacuolenbildung*) w włóknach, zamazany obraz poprzecznego prążkowania i skłonność włókien do rozpadu w cieńsze włókienka. Brak zwyrodnienia tłuszczowego i woskowego włókien mięsnych.

Z m i a n y w t k a n c e ł ą c z n é j przedstawiają się jako bujania takowéj z zgrubiałemi i obfitszemi w jądra naczyniami, prócz tego większa lub mniejsza ilość tkanki tłuszczowéj, która znajduje się między włóknami mięsnemi.

U k ł a d n e r w o w y okazuje się zawsze zupełnie prawidłowy, tak mózg, rdzeń jako też nerwy obwodowe. A zatem *dystrophia muscularis progressiva* uważać należy jako pierwotną chorobę mięśni.

P r z e b i e g c h o r o b o w y jest zwykle powolny i ciągle postępujący przez lata, a nawet i dziesiątki lat. Może choroba wreszcie stanąć i chorzy tacy mogą dojść do podeszłego nawet wieku. Czasem jednak, zwłaszcza, gdy zajęte zostają mięśnie oddechowe i przepona, następuje śmierć, skutkiem braku tlenu (asfiksyi).

L e c z e n i e: Pod względem zapobiegawczym należy u rodzin, u których choroba ta zwykła się pojawiać, baczyć na należyte odżywienie dzieci, polecić kąpiele i przebywanie na świeżem powietrzu i zakazać zbytecznego natężenia mięśni. Pod względem właściwego leczenia jeszcze najwięcéj spodziewać się można po elektroterapii, a mianowicie wskazanem jest galwanizowanie rdzenia przedewszystkiem szyjnego i lędźwiowego ze względu na leżące tutaj ośrodki troficzne, i faradyzowanie nerwów i mięśni, przyczem wystrzegać się należy zbyt silnych prądów i zbyt długich posiedzeń. Wreszcie mierne mięsienie, lekka gimnastyka, kąpiele morskie i borowinowe, dobre odżywienie i arszenik wewnętrznie. (*Volkmanns Samml. klin. Vortr.*, Nr. 2, 1890).

Choroby wewnętrzne.

M o s l e r: **O leczeniu miejscowem przewlekłych obrzęków śledziony.**

Wiadomo, że w bielicy (leukemii) i innych przewlekłych chorobach połączonych z obrzękiem śledziony bardzo często istnieje skłonność do krwotoków bez wszelkiego objawienia się. W innych razach krwotoki się pojawiają tak w narządach zewnętrznych, jak i wewnętrznych. Z powodu téj skłonności, tak często wikłającéj bielicę i inne choroby z obrzękiem

śledziony połączone, wycięcia śledziony (splenotomii) nie należy nigdy wykonywać, ponieważ z jednéj strony zbyt wielkie grozi niebezpieczeństwo zakrwawienia, a z drugiéj zaś strony zwykle splenotomija nie pomaga, zwłaszcza gdy i gruczoły limfatyczne są zajęte. Z tego powodu więcéj aniżeli splenotomija wskazane jest wstrzykiwanie do miąższu śledziony rozczynu kwasu karbolowego, lub rozczynu arsenikalnego Fowlera. W tenże sposób udało się autorowi zmniejszyć obrzęki śledziony. Elektopunktura, któréj czasem używał, była zawsze bez skutku.

Następujące muszą być warunki, aby skutek ze wstrzykiwań był dobrym i żeby nie przyszło do następstw nieprzyjemnych.

1. Śledziona musi być twarda, a chory bez skłonności do krwotoków.

2. Przed wstrzykiwaniami należy przez pewien czas podawać wewnętrznie środki naśledzienne (chininę, arsen), aby zmniejszyć przekrwienie śledziony. Prócz tego przed i po wstrzyknięciu należy na okolicę śledziony przykładać worek lodowy.

3. Wstrzykiwać należy odpowiednie środki, a mianowicie należy oddać pierwszeństwo rozczynowi Fowlera.

M postępując w ten sposób, u wielu chorych z bielicą śledzionową otrzymał znaczne zmniejszenie śledziony i sądzi, że przez to można czasem powstrzymać dalszy rozwój téj ciężkiéj, zwykle nieuleczn éj choroby. (*Wien. m. Woch.* 1890, 1—3).

Choroby nerwowe.

Heidenhain: **Pierwszy zabieg leczniczy przy krwotokach śródczaszkowych.**

Autor opierając się na dwóch przypadkach obrażenia czaszki z krwotokiem śródczaszkowym, w których śmierć dopiero wtedy nastąpiła, gdy odpowiednie osoby położono do łóżka, radzi przy wystąpieniu objawów krwotoku mózgowego nie kłaść chorego do łóżka, lecz trzymać go w pozycyi siedzącéj przynajmniéj przez kilka godzin; a obok tego, jak zwykle, zastosować okłady lodowe na głowę, gorące kąpiele nożne, środki przeczyszczające, gorczyczniki na łydki i ewentualnie (u ludzi krwistych z tętnem silnem, napiętem) kilka pijawek za uszami. Postępowanie to zdaje się H. zupełnie racyjonalnem, gdyż przy utratach przytomności skutkiem niedokrewności mózgu, głowę chorego nisko układamy, więc przy krwotokach oczywiście należy dla powstrzymania takowego trzymać głowę chorego o ile możności wysoko. (*Berl. kl. Woch.* 6. 1890).

Chirurgija.

Helbing: **O wrzodach skórnych, w głąb drążących, jako następstwach zapalenia nerwów.**

Autor opisuje przypadek wrzodu na skórze w okolicy łokcia, który przebił się do stawu. Wrzód ten był z pewnością przyrody nerwowéj z powodu tego, że dały się wykazać zaburzenia w czuciu, mianowicie silne bóle i mrowienie w odpowiedniéj kończynie górnéj. Bóle te stały się coraz gwałtowniejsze, a wrzód nietylko goić się nie chciał, ale szerzył się coraz bardziéj w głąb tak, że musiano przystąpić do amputacyi ramienia. Badanie nerwów odciętéj kończyny (*ulnaris, radialis* i *medianus*) wykazało, że takowe były zgrubiałe; a badanie drobnowidowe tychże wykazało charakterystyczny obraz śródmiąższowego zapalenia nerwów.

Przyczyny tego zapalenia nerwów nie można było wykazać. Przypadek ten zaliczyć należy do obrazów chorobowych, które Francuzi opisali jako *Mal perforant plantaire*, w których, jak się pokazało, nieraz znaleziono zapalenie nerwów podudzia. (*Beitr. zur kl. Chir.*, V. 2).

Dr. Süsskind.

Choroby kobiece.

J. Veit: **Wskazania do rozmaitych sposobów leczenia tyłozgięcia macicy.**

Tyłozgięcia macicy dzieli Veit na uleczne, nieuleczne lub trudno uleczne. Do pierwszych zalicza tyłozgięcia u osób młodych, mniéj lub więcéj do 25 roku życia, których etyjologiją jest połóg. Do drugich należą tyłozgięcia, występujące po roku 35, lub tuż przed *climacterium*. Złą prognozę dają również tyłozgięcia macicy u pierwiastek, które zdaniem autora nie są tak rzadkie, jak sądzi Dr. Ruge. Widywał on je dość często u dziewcząt chlorotycznych, które zaczynały miesiączkować. Sposoby leczenia dzieli Veit na radykalne i paliatywne. Do pierwszych zalicza systematyczne leczenie krążkiem w przypadkach do tego się nadających, do drugich leczenie tyłozgięcia drogą operacyjną, zalecane w ostatnich czasach przez Olshausena i innych, ponieważ po operacyi macica z jednego ułożenia nieprawidłowego w krótkim czasie przechodzi w inne, wprawdzie mniéj nieprawidłowe, ale również niekorzystne (z retrofleksyi w retropozycyję). Rozmaite odmiany tyłozgięcia wymagają odmiennego sposobu leczenia. Niemal żadnego leczenia nie wymagają tyłozgięcia, występujące po klimakteryjum i to tem mniéj, im późniéj po klimakteryjum wystąpią; jeżeli wystąpią tuż po lub podczas klimakteryjum wymagają założenia krążka i środków lekkoczyszczących. Również żadnemu leczeniu miejscowemu nie podlegają w znacznéj części tyłozgięcia u pierwiastek, gdyż wyleczenie radykalne u takowych bardzo rzadko pomyślnym bywa może zakończone skutkiem. W tych przypadkach radzi V. wzmocnić ustrój i uczynić go odporniejszym na cierpienie. Jeżeli to nie pomaga, należy przejść do krążka, który chora powinna jednak nosić tylko przez czas krótki, poczem znowu należy wrócić do leczenia ustrój wzmacniającego; jeżeli mimo długiego leczenia sposobami powyższemi stan ogólny się nie poprawia, rozstrój nerwowy wzrasta, należy przystąpić do usunięcia choroby drogą operacyjną.

Do leczenia krążkami najlepiéj nadają się tyłozgięcia, wytwarzające się w połogu; nie należy jednak nigdy zdaniem autora zakładać wcześniéj krążka, niż w sześć do ośmiu tygodni po porodzie, przedtem należy macicę często prostować, podawać od czasu do czasu sporysz, próbować wstrzykiwań wody do 40° R. zagrzanéj. W doborze krążka kładzie nacisk na to, aby tenże nie był za duży, gdyż wtedy przez silne rozciągnięcie tylnego sklepienia występuje ubezwładnienie *ligamenti rectouterini*, skutkiem czego radykalne wyleczenie tyłozgięcia staje się niemożliwem i po wyjęciu krążka macica wraca w pierwotne błędne położenie. Jeżeli natomiast dobierzemy krążek odpowiedni, a następnie systematycznie numer krążka zmniejszamy, możemy liczyć na radykalne wyleczenie, które autor osiągnął w 50% nadających się po temu przypadków. Przy tyłozgięciu ustalonem poleca V. jamę brzuszną otworzyć, zrosty rozciąć, a macicę przyszyć do przedniéj ściany jamy brzusznéj. Jeżeli tyłozgięcia ustalone wywołują zrosty trąbek lub jajników z otoczeniem, najlepiéj jest takowe wyciąć. Widzimy zatem, że do leczenia drogą operacyjną najwięcéj nadaje się tyłozgięcie ustalone; inne rodzaje tyłozgięcia dopiero wtedy, gdy wszystko zawodzi, a chora oddziaływa silnie na cierpienie miejscowe.

Ze sposobów operacyjnych: wentrofiksacyi, skrócenia *lig. lat.*, skrócenia *lig. rectout.* i wytworzenia zrostów w *excavatio rectout.*, poleca autor jako najlepszy wentrofiksacyję, przyczem dobre usługi oddawało mu wszycie kikuta powstałego przez odcięcie trąbki i jajnika jednéj strony tuż przy macicy do przedniéj ściany jamy brzusznéj. (*Festschrift der Sect. für Geburtshülfe und Gynaekologie des X. internat. med. Congresses zu Berlin*, 1890). *Dr. Czapliński.*

Choroby krtani.

H. A. Ehrmann (Heidelberg): **O działaniu kwasu trójchlorooctowego w chorobach gardła i nosa.**

E. próbował tego środka poleconego przez Steina z Moskwy w 170 przypadkach z kliniki prof. Jurasza.

Używał kryształków, które chciwie chłoną wodę i dlatego sprowadzać je należy w hermetycznie zamkniętych flaszeczkach; sprowadzał je wprost od Mercka z Darmstadtu we flaszeczkach, zawierających po 2 gramy środka a kosztujących niewiele, bo po 10 fenigów flaszeczka. Kryształki takie posiadają znakomite własności żrące i ściągające. Stosowanie ich odbywa się w ten sposób, iż kryształek umieszczony w wyżłobieniu główki zwykłego zgłębnika metalowego wciera się w miejsce, które trzeba kauteryzować; w miejscu tém, a zatém na błonie śluzowéj nosa, jamy ust lub gardła po-

wstaje strup barwy białéj, suchy, o gładkiéj powierzchni, silnie tkwiący w otoczeniu nie tkniętem przez środek; oddzielenie się tego strupa następuje we 2—6 dni. Rzadko kiedy zaszła potrzeba znieczulenia poprzednio kokainą; kauteryzacyja ta bowiem nie sprawia choremu żadnych dolegliwości lub tylko bardzo nieznaczne, również i po applikacyi b. rzadko się pojawiają przykre objawy jak ból głowy; oddziaływania zapalnego w otoczeniu miejsca przyżeganego lub krwawienia następowego nigdy autor przytem nie spostrzegał; nawet dzieci dobrze to leczenie znosiły.

Najczęściéj wystarczyło jednorazowe przyżeganie, bardzo rzadko potrzeba było 2—5 razy je powtórzyć, a skutek był taki, iż nawet znaczniejsze przerosty na muszlach i migdałkach ulegały zanikowi, również ustępowały pod wpływem tego środka mieszkowate przerosty (*folliculäre Wucherungen*) błony śluzowéj, gardła i w. i., tak że w ogóle na 129 przypadków podobnych chorób osiągnięto tym sposobem w 122 trwałe wyleczenie.

Wobec tych świetnych wyników zarzucono w klinice Jurasza w zupełności kwas chromowy, którym dotychczas się posługiwano jako środkiem żrącym w chorobach nosa i gardła, z uwagi, iż działanie jego jest znacznie powolniejsze a skutek nigdy nie tak trwały, jak po kw. trójchlorooctowym, a w dodatku wywoływa silne oddziaływanie zapalne tkanki przyżeganéj, wydaje przytém przykrą duszącą woń, często wywoływa silne i przykre objawy odruchowe ze strony układu nerwowego, a czasami wprost objawy zatrucia; tego wszystkiego po kwasie trój chlorooctowym nie spostrzegano.

Stósowano ten środek równie jako *adstringens* (0·3 do *Jod puri* 0·15, *Kal jod* 0·2, *Glycerin* 30·0) w przypadkach mieszkowatego zapalenia migdałków, chronicznego rozlanego zapalenia gardziela wreszcie w postaciach suchego nieżytu przewlekłego, wszędzie ze skutkiem dobrym; ostatecznego jednak zdania o tem ostatniem autor jeszcze nie chce wypowiedzieć. (*Münch. Med. Woch. 1890 Nr. 9). Dr. Gross.*

Choroby uszne.

Prof. Gruber (Wiedeń): **O chorobach usznych podczas influenzy.**

Na podstawie dawniejszych wiadomości i wobec przeważnie nieżytowego charakteru epidemii trzeba było spodziewać się liczniejszego wystąpienia szczególnie przypadków nieżytów ucha środkowego podczas influenzy. W rzeczy saméj w początku epidemii pojawiły się częściéj nieżyty ucha środkowego, późniéj atoli przeważyły dobitnie przypadki zapaleń ropnych tego narządu. Z porównania z odpowiedniemi miesiącami ostatnich lat ubiegłych wynika znaczne powiększenie liczby chorych ropnem zapaleniem ucha dotkniętych podczas panowania epidemii. Ale i przebieg téj choroby był wtenczas poważniejszym, często gwałtownym z gorączką i ciężkiemi objawami podmiotowemi i przedmiotowemi połączonym. Boleści uporczywe przetrwały wystąpienie ropotoku usznego, a to nietylko ucha i odpowiedniéj strony głowy, ale i szyi i karku, a w niektórych przypadkach też kończyn górnych. Z objawów przedmiotowych uderzyło znaczne przekrwienie, trwające nawet po przedziurawieniu i nakłóciu błony bębenkowéj i to nietylko błony śluzowéj jamy bębenkowéj, ale i błony bębenk. i ucha zewnętrznego. Na błonie bębenkowéj doszło do wytworzenia się pęcherzyków z zawartością krwawą i do rozlanych wynaczynień, a po nakłóciu wydzielina była czasem przez kilka dni jakby czystą krwią. Często po krótkiem trwaniu choroby wystąpiło zapalenie kości i okostny w okolicy wyrostka sutkowego, które w wielu przypadkach doprowadziło do zropienia. W niektórych razach choroba ta miała tak gwałtowny przebieg i takie ciężkie objawy, że u 6 chorych, którzy dawniéj nigdy na ucho nie chorowali, a obecną swą chorobę odnosili do przebytéj lub jeszcze istniejącéj influenzy, musiano przystąpić do sztucznego otwarcia wyrostka sutkowego, gdzie po oddzieleniu istoty korowéj znalazła się rozległa jama, wypełniona ropą i ziarninami. Na podstawie tych doświadczeń liczy G. zapalenia ropne ucha środk. podczas influenzy występujące do najcięższych, które spostrzegał w przebiegu ciężkich chorób zakaźnych, mimo, że wszystkie wspomnione przypadki ukończyły się wyzdrowieniem. (*Internat. klin. Rundschau,* 1890, 10). *Dr. Spira.*

Choroby weneryczne.

T. Robinson: **O świerzbiączce** (*Prurigo*).

Na podstawie całego szeregu opisanych przypadków czyni R. następujące wnioski: 1. Choroba zwana *Prurigo* nie istnieje wcale. 2. Wszystkie przypadki swędzenia skóry mają przyczynę, którą można poznać i odkryć. 3. Wszystkie sprawy, które obejmujemy nazwą „*Prurigo*", są jedynie następstwem drapania. 4. Przypadki, w których w następstwie drapania przyszło do znacznego zgrubienia skóry i do powiększenia gruczołów chłonnych, nie są już przystępne dla leczenia. 5. Swędzenie skóry u dzieci ma przyczynę w rozwijaniu się torebek włosowych, które postępuje od urodzenia aż do dojrzałości płciowéj i dopiero wtedy ustaje. 6. Bardzo silnego swędzenia nie ma nigdy w tych przypadkach, w których istnieje bujny porost włosów. 7. To, co nazywają świerzbiączką zimową, jest tylko następstwem zamknięcia włosów (*Lichen pilaris*). 8. Stan podrażnienia skóry zawsze łączy się z podrażnieniem błon śluzowych i maziowych. (*Vierteljahr. f. Derm. u. Syph.* Rocznik XX).

Zagari: **O nowym sposobie leczenia karbunkułu.**

Z. powtórzył doświadczenia Emmericha leczenia zakażenia wąglikowego przez wprowadzenie do żył streptokoka Fehleisena i te same osiągnął wyniki. Tłómaczy on to tak, że podwyższona przez zaszczepienie drobnoustroju róży ciepłota osłabia żywotność prątka wąglika, a z drugiéj strony wzmacnia siłę życiową tkanek, które wskutek tego mogą zwycięzko wyjść z walki z prątkami wąglika. Daléj wykazał Z., że można osłabić jadowitość niektórych mikrobów, jeżeli się takowe hoduje w pożywkach, które już służyły innym drobnoustrojom do rozwoju i przez to są sterylizowane. I tak udało mu się przez hodowanie prątka wąglikowego w pożywkach, które przez *spirillus cholerae* sterylizowane były, osłabić jadowitość pierwszego. Za pomocą ciągle powtarzanego szczepienia tego osłabionego jadu wąglikowego królikom i świnkom morskim osiągnął w końcu odporność tych zwierząt przeciw wąglikowi. (*Vierteljahresschrift f. Derm. u. Syph.*, rocznik XX.).

Choroby umysłowe.

August Mercklin (Ryga): **O leczeniu ginekologicznem w przebiegu chorób umysłowych.**

Wpływ leżących jeszcze w zakresie fizyjologicznym zmian w częściach płciowych kobiety — miesiączka, ciąża, klimakteryjum — na objawy życia psychicznego, znanym jest od dawna lekarzom i nielekarzom, zarówno znanem jest, że choroby narządu płciowego mogą sprowadzić choroby środkowego układu nerwowego; nie znajdujemy jednak jeszcze dokładnych wyjaśnień, jak rozpoznać można związek przyczynowy i w których przypadkach należy przeprowadzić leczenie ginekologiczne. Psychozy i nerwice mogą ze swéj strony wpłynąć na czynności narządów centralnych; musimy dziś w przeciwstawieniu do dawniejszych zapatrywań powiedzieć: nieprawidłowość w miesiączkowaniu powstaje pod wpływem choroby umysłowéj. Szczególnie brak miesiączki jest objawem, który albo poprzedza ch. umysłową, albo późniéj występuje i z ustąpieniem zboczenia umysłowego znowu znika. Wobec tego objawu byłoby badanie ginekologiczne i leczenie nieznacznego zboczenia drogą błędną. Badanie ginekologiczne kobiety umysłowo choréj ewentualnie w uśpieniu wtedy tylko należy wykonywać, jeżeli istnieją wyraźne objawy miejscowe, których usunięcie jest koniecznie pożądanem. Leczenie ginekologiczne można tylko wtedy usprawiedliwić: 1) jeżeli obok zboczeń umysłowych występują objawy chorobowe narządu płciowego, które same przez się z przyczyn czysto somatycznych wymagają usunięcia. Psychijatrzy i ginekologowie nie będą tu często w zgodzie, zwłaszcza, że przeciw pewnym chorobom ginekologicznym można często dostatecznie walczyć za pomocą postępowania ogólnie wzmacniającego. 2) Wtedy jest miejscowe leczenie ginekologiczne uzasadnione, jeśli w istniejącéj

chorobie płciowéj przypuszczamy przyczynę zboczenia umysłowego. Nie należy jednak zapominać, że miejscowem leczeniem ginekologicznem można co najwięcéj jednę z przyczyn ważnych dla powstania psychozy usunąć, podczas gdy inne, a przedewszystkiem psychopatyczne usposobienie, pozostaje. Już Hegar mówi o związku przyczynowym pomiędzy chorobami płciowemi a nerwicami, chociaż rzadko można przedstawić bezpośredni dowód potwierdzający ten związek; twierdzenie to jest jeszcze ważniejszem dla psychozy. Mercklin więc twierdzi, że przypadki, w których choroby ginekologiczne podczas trwania psychozy w ogóle wymagają wyleczenia, tworzą mniejszość. (*St. Petersb. med. Woch.* 1889, Nr. 16 i 17).

Medycyna sądowa.

Jul. Wagner: O niektórych objawach w zakresie środkowego układu nerwowego, spostrzeganych po ocuceniu powieszonych.

U powieszonych (samobójców), których wczas odciąć i do życia przywrócić zdołano, spostrzeżono kilka pouczających objawów, które W. szczegółowo omawia, opierając się na 17 przypadkach w literaturze znalezionych i dwóch własnych spostrzeżeniach. Zboczenie czynności mózgu przy powieszeniu sprowadzają dwie okoliczności, mianowicie asfiksyja (nagromadzenie się CO_2), jako też zamknięcie tętnic dogłowowych (niedokrewność). Po niedokrewności téj następuje przy wczas wykonanem odcięciu powieszonych na pewien czas silne przekrwienie mózgu, prowadzące znowu do objawów, spostrzeganych po zdjęciu postronka. Bezpośrednio po odcięciu jest chory nieprzytomny. Przed powrotem świadomości występują zwykle drgawki, trwające już to krótki tylko czas, już też kilka godzin. Mają one cechę już to padaczki, już też tężca, a występują zarówno jedno- jak i obustronnie. Niekiedy spostrzeżono ruchy posuwające się lub kołowe. Skoro przytomność powróciła, można stwierdzić przerwę w pamięci, odnoszącą się zwykle do czasu wykonania powieszenia, często jednak jeszcze daléj sięgającą. Stopień utraty pamięci stoi prawdopodobnie w pewnym stosunku do trwania nieprzytomności. Tę wstecz czynną utratę pamięci (*retroactive Amnesie*) można porównać z owemi brakami w pamięci, które spostrzegamy przy wstrząśnieniu mózgu, urazach czaszki i otruciach gazem tlenkowęglowym. W końcu zdarzają się także po zamierzonych powieszaniach przemijające stany pobudzenia, połączone z pewnym stopniem pomięszania. W dwóch przypadkach przyszło do wybitnej choroby umysłowéj o dłuższem trwaniu (ostre pomięszanie umysłu). Z drugiéj strony mogą rozwinięte już choroby umysłowe przez próbę powieszenia się doznać pewnéj poprawy (2 z 17 przypadków). W 2 przypadkach Wagnera spostrzeżono podobne objawy: raz wyleczenie, drugi raz polepszenie choroby umysłowéj w bezpośredniem następstwie usiłowanego powieszenia się. (*Jahrb. f. Psychiatrie* t. VIII, zeszyt 3).

Dr. Baschkopf.

---

* Otrzymaliśmy pismo następujące:

Wielmożny Panie Redaktorze!

W odpowiedzi na uwagę moją w ocenie rozprawy p. t.: „O oznaczaniu lokalizacyi itd. w Nrze 40 Przeglądu Lek., pisze Dr. Beck w Nrze 41 tegoż pisma jak następuje: „Twierdzenie swoje uzasadnia (Dr. Piotrowski) powszechnie przyjętém mniemaniem, że wywołanie odruchów ze saméj dolnéj części rdzenia jest niemożebnem. Pomijając, że sam autor oceny przyznaje w dalszym ciągu itd., że odruch otrzymuje się też z dolnéj części . . . .“

W zdaniu tem mieści się zarzut sprzeciwiania samemu sobie, powstały z niezrozumienia a następnie mylnego tłomaczenia słów moich. Brzmią one w całości:

„Tłomaczenie to nie jest naszem zdaniem odpowiedniem, wiadomo bowiem, że dolne części rdzenia bardzo trudno przenoszą odruchy, dopiero przy nader silnych bodźcach lub u żab zatrutych strychniną, natomiast o wiele pobudliwsza jest pod tym względem górna część rdzenia, przenosi odruchy przy słabych stosunkowo podnietach, tu więc przedewszystkiem stan czynny musiałby występować, autor zaś stwierdza, że takie wahanie wsteczne nie pojawiało się w części szyjnéj lub piersiowéj rdzenia“. — Uważny czytelnik łatwo się przekona, że nie miałem na myśli przeczenia możności przewodzenia odruchów z części lędźwiowéj rdzenia — czego zresztą żaden z fizyjologów nie czyni. — Że łuk odruchowy przebiega w części lędźwiowéj rdzenia zwierząt cieplokrwistych jak u psa, wiedzą dobrze fizyjologowie, że tak samo rzecz się ma u człowieka, znane jest neuropatologom. Samo to jednak nie uprawniałoby w żaden sposób do wyciągania wniosków co do żab, na których Dr. B. eksperymentował. Zarzut mój oparty był jedynie na różnicy w pobudliwości. Skoro dolne części rdzenia mniéj są pobudliwe, przeto czy podnieta słaba tak, że nie zdoła wywołać stanu czynnego u tychże, czy też silna jest to w stanie uczynić, w każdym razie silniéj wystąpi stan czynny w wyższych częściach, a więc i elektryczna negatywność. Że zaś zachodzą takie stosunki w pobudliwości u żaby, pouczały dotychczasowe doświadczenia fizyjologów, i niedawno sam Dr. B. przytaczał je w pracy swéj: „O pobudliwości różnych miejsc tego samego nerwu“ str. 4. Dlatego na podstawie panujących dotychczas poglądów zarzut mój nie tylko mógł, lecz musiał spotkać tłomaczenie Dr. B. Inaczéj ma się rzecz z twierdzeniem, że obserwacyja ta błędna jest, że własne doświadczenia Dr. B. wykazują jéj przyczynę w nieodpowiedniem preprarowaniu. Jeżli doświadczenia te stwierdzą się, czego mogę się spodziewać, znając osobiście sumienność Dra B. w przeprowadzaniu ich, wtedy tłomaczenie jego zyska podstawę, któréj dotychczas w żaden sposób mieć nie może bez poprzedniego obalenia faktu uznanego przez ogół fizyjologów.

Prosząc o łaskawe zamieszczenie tych słów kilku w Przeglądzie Lek., pozostaje z głębokim szacunkiem

Piotrowski.

V. Z międzynarodowego lekarskiego zjazdu w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41.)

Nader interesującą jest historyja powstania wodociągów w Berlinie i nie mogę się oprzeć pokusie naszkicowania jéj w krótkich słowach, a to tem bardziéj, że kwestyja wodociągów obecnie tak bardzo zajmuje umysły mieszkańców i lekarzy m. Krakowa. Otóż aż do r. 1856 nie posiadał Berlin żadnych wodociągów, a mieszkańcy téj stolicy zaspokajali swe potrzeby wodą czerpaną z bardzo licznych studzien prywatnych i publicznych, które dostarczały wody zimnéj i na pozór czystéj, jednakowoż niezawsze zdrowéj i smacznéj. Lecz nawet nie ten wzgląd, aby wszyscy mieszkańcy czerpać mogli wodę bez zarzutu, skłonił zarząd m. Berlina do postarania się o wodociągi, — chodziło tu bowiem na razie o dostateczny zapas wody, któraby z odpowiednią siłą spłukiwała cuchnące rynsztoki miejskie, ciągnące się po obu stronach ulic koło chodników. W tym też celu w r. 1852 nadał ówczesny rząd pruski „obcym przedsiębiorcom Foxowi i Cramptonowi przywilej na przeciąg lat 25, zaopatrywania m. Berlina w wodę płynącą“. Przedsiębiorstwo to miało co 75 metrów pozakładać hydranty i dostarczać wody bezpłatnie tak do spłukiwania rynsztoków i ulic, jakoteż do gaszenia ognia w razie pożaru, a natomiast miało prawo pobierania opłat od mieszkańców, którzyby domy swe chcieli na wszystkich piętrach w wodę zaopatrzyć. Z końcem r. 1853 położono kamień węgielny pod budowę wodociągów nad Sprewą, a w 3 lata późniéj Berlin już korzystał z tych znakomitych urządzeń. Wodę czerpano z rzeki Sprewy, sączono przez pokłady piasku i za pomocą siły pary wpędzano w rozgałęziony system kanałów i rur rozprowadzonych po całym Berlinie. Podczas budowy wodociągów berlińskich odstąpili powyżsi przedsiębiorcy prawa swe towarzystwu akcyjnemu „The Berlin Waterworks Company“, które w r. 1858 pomnożyło swój kapitał akcyjny z 470,000 do 600,000 funtów szterlingów. Jak każda nowość niezawsze szturmem zdobywa sobie uznanie ogółu, tak i w Berlinie z początku przedsiębiorstwo wodociągowe ponosiło straty, a dopiero zwolna mogło należyte odsetki włożonego kapitału wyciągnąć,

co najlepiéj wyjaśnia fakt, że w r. 1860 dywidenda dla akcyjonaryjuszów wynosiła zaledwie 1%, a w r. 1872 podskoczyła na 11¼%.

W r. 1873 zakupiło m. Berlin wodociągi od powyższego Konsorcyjum angielskiego za cenę kupna 1.250,000 funtów szterlingów (=25⅛ miliona marek) i w tym celu zaciągnęło pożyczki trzydziestu milionów marek; nadto rada miejska uchwaliła rozszerzenie wodociągów tak, aby zaspokajały potrzeby miliona mieszkańców, gdyż już w r. 1873 liczył Berlin 882,460 ludności. Ponieważ według obliczeń dokonanych przez dyrektora wodociągów Gilla wodociągi zbudowane przez poprzednie towarzystwo akcyjne mogły wystarczyć zaledwie dla 447,868 osób, — przeto postanowiono zbudować zupełnie nowe urządzenia wodociągowe w zachodniéj stronie Berlina, ponad strumieniem „Hawel" i zużytkować jego obfite zdroje (9000 litrów na sekundę, w pewnéj części 1000 litrów na sekundę) celem zaopatrzenia miliona mieszkańców w dobrą wodę. Zamiast jednak czerpać wodę wprost z Haweli lub jeziora Tegel, które powstanie swe również strumieniowi temu zawdzięcza, postanowiono kopać głębokie studnie na południowym brzegu jeziora i wodę w ten sposób uzyskaną wprowadzać do wodociągów. Dokładne badania poczynione z wodą tą w ciągu ½ roku, wykazały, że woda w studniach tamże wykopanych nie potrzebuje oczyszczenia za pomocą filtrów piaskowych, gdyż jest wcale czystą, smaczną i dobrą oraz zimną (10·12°C), a lasy rządowe otaczające dookoła brzegi Haweli i jeziorka Tegel chroniły również studnie te od zanieczyszczenia w przyszłości. Uchwalono koszta 12.605,208 marek na zbudowanie wodociągów zaopatrywanych na razie w wodę w ilości 500 litrów na sekundę, a z końcem r. 1877 korzystał Berlin już z wodociągów, które szczególniéj stały się prawdziwem dobrodziejstwem dla 160 000 mieszkańców w górnéj części Berlina (Hochstadt), pozbawionych do téj chwili prawie zupełnie wody. Równocześnie prawie przeprowadzano budowę kanałów w całem mieście. Obecnie właściciele domów niecierpliwie już oczekiwali na ukończenie nowych wodociągów i skwapliwie rzucili się do korzystania z nich zaraz po ukończeniu tak, że gdy w r. 1873 tylko 8114 parcel z 437,864 mieszkańcami korzystało z wodociągów, spotrzebowując 12.771,616 metrów kub., to w r. 1878 cyfry te podskoczyły na 12,806 parcel, (736.626 mieszkańców) i 17.500,000 metrów kub. wody, a w r. 1885 spotęgowały się przeszło w dwójnasób t. j. do 18.216 parcel z 1,098.920 mieszkańcami, którzy spotrzebowali 25,935.936 metrów sześciennych wody. Celem zapobieżenia marnowaniu wody w sposób lekkomyślny zaprowadzono aparaty miernicze i uchwalono opłatę od ilości wody zużytkowanéj, skutkiem czego ilość wody spotrzebowanéj przez 1 mieszkańca dziennie obniżyła się przeciętnie z 106 litrów (w latach 1865—1870) na 62·7 (w r. 1879).

Wodociągi te jednak już pomnożone i rozszerzone w sposób co dopiero omówiony, mimo zaprowadzonych oszczędności, nie mogły wystarczyć w obec olbrzymiego wzrostu Berlina dłużéj niż do r. 1883 i trzeba było obmyśleć dalszą budowę wodociągów. Tymczasem poczęły się mnożyć utyskiwania mieszkańców na dobroć wody dostarczanéj (bez przesączania) z 13 głębokich studzien z nad Haweli, — gdyż woda ta poczęła się mącić i nadpływała z wodociągów zmieszana z czerwonemi strzępkami, a to skutkiem tego, że w rurach wodociągowych bujały wodorosty (Crenothrix), na których osadzały się części żeleziste, strącone z wody studziennéj (niedokwas żelaza). Chemicy, którym powierzono badanie wody przez całe pół roku przed rozpoczęciem budowy wodociągów nad Hawelą, nie przewidzieli téj ewentualności, a obecnie miliony należało uważać za stracone, a w zamian uzyskano tylko smutne doświadczenie, iż woda z głębokich studzien nie nadaje się do wodociągów bez przesączenia poprzedniego, — tylko musi uledz gruntownemu oczyszczeniu zapomocą sączków piaskowych. Próbowano jeszcze mięszać wodę czerpaną z studzien z wodą z jeziorka Tegel, poddawać ją silnemu przewietrzeniu, lecz i to nie doprowadziło do pożądanego celu tak, że w końcu musiano się zgodzić na wytrawne zdanie prof. Finkenera i urządzić nad brzegiem jeziorka Tegel wspaniały zakład z filtrami piaskowemi, przez które przesącza się woda czerpana już nie ze studni lecz wprost z jeziora.

Budowę całego zakładu ukończono w r. 1888. W ciągu 24 godzin czerpią 86.400 metrów sześć. wody z Haweli i takąż objętość z jeziorka Tegel, następnie przepuszczają wodę przez 21 sklepionych basenów z grubą warstwą piasku (różnéj wielkości w pojedynczych warstwach) o powierzchni 50.000 m. kw. i wodę w ten sposób oczyszczoną wpędzają za pomocą siły pary do wieży wodociągowej na wysokość poziomu Charlottenburgu. Stacyja wodociągowa w Charlottenburgu rozdziela wodę systematycznie w Berlinie stosownie do potrzeb w każdej porze dnia. Dla Charlottenburgu samego przeznaczoną jest woda w ilości 37.000 metrów sześć. dziennie, który to zapas mieści się w 3 rezerwoarach sklepionych, a uzyskanym bywa z jeziorka Tegel w porze nocnéj, kiedy to potrzeby m. Berlina są znacznie mniejsze.

Przesączanie wody przez filtry piaskowe odbywa się bardzo starannie, co 7 tygodni zmienia się warstwy piaskowe, a piasek czyści się mechanicznie w odpowiednio urządzonym budynku z doskonale funkcyjonującą maszyneryją. Co dwa tygodnie bywa woda badaną w instytucie hygijenicznym zostającym pod kierunkiem prof. Kocha, a ilość mikroorganizmów okazuje się w wodzie przesączonéj nader zmniejszoną, woda zaś sama celowi odpowiednią.

Obecnie buduje m. Berlin daléj nowe wodociągi, aby sprostać wymogom rozrastającéj się stolicy Niemiec, a mianowicie uchwalono już 20 milionów marek na urządzenia wodociągowe nad jeziorkiem Miggel powyżéj Friedrichshagen, które dostarcza Berlinowi w ciągu 24 godzin 172.800 metrów sześc. wody.

Wodociągi dotąd przez Berlin urządzone przedstawiają wartość przeszło 39 milijonów marek. (C. d. n.)

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 16-go października. Do jakiego stopnia partactwo buja nawet w krajach wysoko cywilizowanych, dowodzi świeży przykład, o którym donoszą *W. med. Bl.* w ostatnim numerze według *la Clinique de Bruxelles*. Otóż w Brukseli zjawił się arab, zowiący się Goolam Kader, wyszukał sobie doktora dyplomowanego i zasłonięty tym sposobem wobec prawa założył klinikę okulistyczną, odwidzaną codziennie przez setki chorych, po największéj części nieuleczalnych, którym niby obiecuje szybkie wyleczenie. Jedno i to samo *collyrium* i jeden i ten sam pędzel wystarczają dla wszystkich chorych — a mimo to zbiegowisko ogromne. Zdawałoby się, że wróciły czasy okulistów wędrownych. Cóż tu dziwić się, że u nas partacze innego rodzaju znajdują powodzenie!

* W tygodniu 39 (od 28/9—4/10) było w Krakowie małżeństw 19, urodzin 41, skonów 37 (śmiertelność 25·19), a w szczególności: z gruźlicy 8, z zap. płuc 5, z nieżytu żołądka i jelit 2 przyp.

* Dr. H. Kraus, odbywszy służbę jednoroczną wojskową, osiadł w Rzeszowie.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Lekarz pułkowy Dr. Alojzy Pick potwierdzony został przez Ministerstwo jako docent prywatny medycyny wewnętrznéj. — **Petersburg.** Nadzw. profesorowie Akademii lek. Sławiański i Lebediew (ginekolodzy), Tarnowski (syfilidolog) i Pawłow (chirurg) mianowani prof. zwyczajnymi, adjunkci Polotebnow (dermatolog) Bystrow (pedyjatra) i Szymanowski (laryngolog) prof. nadzwyczajnymi; docenci Afanasiew, Dostojewski i Reprew prosektorami.

* **Nekrologija** (Dr. J. T.). Lekarz Ignacy Kucharski, lat 34 liczący, znany z rozprawy pod tyt.: *Bacteriologisches üb. Trachom* 1887, odkomenderowany z Kaukazu do Petersburga do Akademii lek. celem napisania rozprawy inauguralnéj, otruł się kw. karbolowym; cierpiał on od pewnego czasu na neurastenię. — W Monachijum umarł prof. pedyjatryi Vogel.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dnia 22-go b. m. o godzinie 6-tej po południu w gmachu kliniki chorób wewnętrznych w dawnéj sali wykładowéj kliniki chirurgicznéj posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. Podgórski przedstawi chorego po herniorafii sposobem Bassiniego. 2) kol. Stacharowicz, asystent prof Pieniążka, jako gość będzie miał rzecz o leczeniu miejscowém grużlicy krtani.

Posiedzenie **Towarzystwa ginekologicznego** odbędzie się 21 b. m. w pracowni Dra Marsa o godzinie 6-téj wieczorem. Porządek dzienny: 1) Odczytanie protokółu z ostatniego posiedzenia. 2) prof. Obaliński przedstawi 3 przypadki z zakresu ginekologii.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 25 Października 1890. Nr. 43.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Dwa nowe własne pomysły, ułatwiające zakładanie przewiązek i szwów.

Podał
Prof. Dr. A. Obaliński.

W ostatnich kilku latach udało mi się wymyśleć sposoby, które znacznie ułatwiają technikę operacyjną składającą się, jak wiadomo, z pojedynczych prostych manipulacyj, których szybsze i składniejsze wykonanie daje miarę zdolności technicznéj operatora. Jeżeli jednak dotąd ze sposobami temi nie wystąpiłem przed szerszą publicznością lekarską, to powodowałem się przytem dwoma względami, raz, że pragnąłem je wypróbować w poważnym szeregu operacyj na żywym człowieku, powtóre, że obawiałem się, czy inni operatorowie ich już ogólnie nie używają.

Gdy jednak się przekonałem, że nigdzie niema o nich wzmianki ani w zwyczajnych podręcznikach, ani też w nowszéj literaturze bieżącéj, gdy nadto słyszałem od wielu operatorów doświadczonych i w świecie bywałych, że nigdy o nich nie słyszeli, postanowiłem podać je do ogólnéj wiadomości.

I. Jest to ogólnie znaną rzeczą, jak trudno przychodzi założyć w któréjkolwiek z jam naturalnych n. p. ustnéj, pochwowéj, odbytnicowéj i t. p. szew mający zespoić dokładnie brzegi ubytku po największéj części świeżo w celu zeszycia okrwawione. Trudność ta leży w tem, że jeden tylko brzeg może być przekłutym igłą od przodu, drugi musi być od tyłu, gdzie zazwyczaj brak miejsca staje na przeszkodzie swobodnéj manipulacyi. Znanemi są również dotychczasowe sposoby wymyślane do zwalczania tych przeszkód, a jako prototyp tychże wymienię igłę Langenbecka do uranorafii, którą operatorowie do dziś dnia z pożytkiem się posługują.

Otóż ja używam od lat trzech do osiągnięcia tego samego celu zamiast tego wygodnego lecz skomplikowanego, łatwo zepsuciu ulegającego i nadto zasadom aseptyki nieodpowiadającego narzędzia zwykłéj igły na trzonku osadzonéj i lekko półkolisto wygiętéj, którą po nawleczeniu cienkim jedwabiem wkłuwam z przodu ku tyłowi, po obu stronach wydobywając nitkę za pomocą pincetki i cofając igłę. W ten sposób otrzymuję każdy brzeg rany przebity nitką od przodu ku tyłowi, przyczem nadmienić muszę, że nitki te można przeprowadzić również za pomocą zwykłych igieł chirurgicznych ujętych w imadła. Jeżeli teraz wewnętrzne, a raczéj tylne końce nitek ze sobą zwiążę i węzełek przez to powstały przez jednę z ran ukłócia przeciągnę, otrzymam nitkę przechodzącą przez obydwa brzegi rany od tyłu ku przodowi, tak że ją od przodu związać mogę, celem zbliżenia brzegów rany. Sposobu tego użyłem już w trzech przypadkach uranorafii z najlepszym skutkiem i przeto sumiennie mogę go zalecić.

Równie praktycznym okazał się on do zeszycia odłamków przy złamaniach szczęki dolnéj, powstających nierzadko w skutku kopnięcia kopytem końskiem, przyczem przesuwamy od przodu ku tyłowi przez otworki w kości świderkiem wywiercone dwa druty srebrne, których końce tylne obopólnie z sobą zahaczamy tak, że po przesunięciu téj pętli przez jeden z otworków dostaniemy drut przez obydwa otworki od tyłu ku przodowi przebiegający, który zawiązany i odcięty wybornie odłamki w należytéj utrzymuje pozycyi.

II. Każdy operator, który kiedykolwiek wydobywał większe guzy z jamy brzusznéj, amputował macicę lub w ogólności wykonywał operacyje, w których musiał pozostawić szypułę dobrze od następowego krwotoku zaopatrzoną, czuł się obowiązanym do wdzięczności Zweiflowi za podany przez niego sposób przewiązywania szypuły w kilku oddziałach, tak że ani jedno włókienko nie zostaje wolnem od ucisku. W tym celu przeprowadza on przez każdy kanał po dwie nitki, z których znów po dwie jednę całość stanowią, przez co umożebnia przewiązanie dwóch sąsiednich oddziałów szypuły nitkami przeprowadzonemi przez jeden kanał je rozgraniczający. Aby cel ten z łatwością osiągnąć, podał on igłę na trzonku, któréj uszko, z jednéj strony otwarte,

zamknąć się daje za pomocą małéj, z boku umocowanéj zasuwki. Igłę tę przesuwa on w stanie zamkniętym przez szypułę, następnie otwarłszy uszko zahacza niem nitkę i przeciąga ją po powtórnem zamknięciu na swoją stronę. Manipulacyja ta, powtórzona na jednéj i téj saméj nitce w kilku równych odstępach szypuły, daje nam jednę i tę samą nitkę przeprowadzoną przez kilka kanalików szypuły w kształcie pętli raz od przodu ku tyłowi, to znów przeciwnie przebiegających. Jeżeli pętle te po jednéj tylko, t. j. stronie wkłucia, poprzecinamy i należące do siebie końce nitek zwiążemy, osiągniemy cel pożądany. Sprawa idzie gładko, a jedyna niedogodność leży w igle, która łatwo się psuje i jako skomplikowana nie dobrze się nadaje do aseptyki.

Ja osiągam ten sam cel w sposób o wiele prostszy. Nawlekam dwie mocne nitki o różnych barwach w jednę i tę samą igłę zwyczajną chirurgiczną, którą przebijam szypułę raz od przodu ku tyłowi, drugi raz od tyłu ku przodowi i tak daléj naprzemian tyle razy, jak tego szerokość szypuły wymaga. Kierując się różną nitek barwą przecinam w jednéj z powstałych przez to podwójnych pętli barwną nitkę, w następnéj bezbarwną i tak daléj naprzemian, przez co otrzymam szereg pętli mających te same zalety co pętle Zweifla, tylko, że końce ich nie są po jednéj stronie położone, lecz naprzemian raz od przodu a raz od tyłu. To samo można wykonać i pojedynczą nitką, w którym to celu nawlekam na nią tyle igieł, ile razy zamyślam przebić szypułę. Każdą z igieł przebijam w należytem oddaleniu od siebie przez szypułę a po ich odcięciu otrzymam szereg pętlic tym razem zupełnie takich, jak Zweifloskie, bo nawet końcami zwrócone w jednę stronę. Możnaby wreszcie pętle takie założyć jedną nitką i jedną igłą, tylko z większym nakładem czasu, bo należałoby po każdorazowem przeprowadzeniu nitki igłę odciąć i na nowo po stronie długiego końca nitki nawlekać, czyli jedną igłą wykonać to samo, cośmy poprzednio wykonali całym szeregiem już naprzód nawleczonych igieł. W ten sposób przewiązywałem dotąd kilkanaście razy szypuły przy owaryjomijach i myotomijach, a zawsze ku swemu i wszystkich obecnych zadowoleniu.

II. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla w Krakowie.

Dwie operacyje wągra podsiatkówkowego.

(Cysticercus subretinalis).

Napisał

Dr. Franciszek Sroczyński,

asystent kliniki.

(Dok. Patrz Nr. 42).

Przyczyną więc ujemnego wyniku operacyi było chybienie poziomego południka gałki, na co, jak sądzę, dwie okoliczności mogły się złożyć: 1) albo wśród tamowania krwotoku i zajęcia się polem operacyjnem kierunek ciągnienia pętlą zboczył od ściśle poziomego, lub też 2) pacyjent bezpośrednio przed wykonaniem cięcia twardówkowego zatoczył niespostrzeżenie okiem około osi przodowotylnéj. Jeżeli okoliczność pierwsza nawet przy największéj uwadze i wprawie operatora nie zawsze daje się uniknąć, jak tego dowodzi zupełnie analogiczny przypadek takiego mistrza w operacyjach jak Alfred Graefe[1]), to przynajmniéj drugiéj ewentualności możnaby w przyszłości zapobiedz, operując jedynie w głębokiéj narkozie. Zwątlenie mięśni i, co zatem idzie, zmniejszenie napięcia oka podczas głębokiej narkozy oddałoby i tę jeszcze niemniejszą usługę, że operacyja odbywałaby się przy możliwie najmniejszéj utracie ciałka szklanego, już i tak samym naciskiem pętli narażonego na nieunikniony odpływ. Z tych przyczyn przypisałbym narkozie donioślejsze znaczenie, aniżeli Graefe (l. c.), który ją jedynie od indywidualności i życzenia chorego zależną czyni. Być może zresztą, że rada prof. Förstera, udzielana ustnie Cohnowi[2]), aby przed wykonaniem cięcia twardówkowego zaznaczać sobie tatuowaniem południk żądany, najlepiéjby złemu zapobiedz zdołała.

Tak więc ostatecznie na dwie operacyje raz nam się tylko szczęście uśmiechnęło. Na pociechę powiedzmy sobie, że uśmiechnęło się tu, o ile mnie wiadomo, pierwszéj wogóle w Polsce operacyi wągra w głębi oka. Szczupłość materyjału z jednéj strony, z drugiéj długotrwały wpływ pesymistycznych poglądów Hirschberga[3]) na operacyje w ciałku szklanem w ogólności, były zapewne przyczyną, dla któréj operatorowie nasi śladów swéj czynności na tem polu nie zostawili.

Czy operacyje wągra w głębi oka są w ogóle wskazane? Czy niebezpieczeństwo trudnéj operacyi opłaca się istotnie lepszym rezultatem, niż pozostawienie w oku pasorzyta, który ostatecznie może i musi kiedyś sam obumrzeć? Pod tym względem wedle zgodnych doświadczeń wszystkich autorów nie ulega dziś wątpliwości, że oko, dotknięte wągrem i pozostawione samo sobie, skazanem jest na niechybną ślepotę i zanik skutkiem chroniczněj, „*iridocyclitis*“. Smutny ten koniec wedle doświadczeń Alberta Graefego już po $^1/_2$ do 2-letniem trwaniu czeka pacyjenta, podczas gdy wzrok znacznie wcześniéj już przed wystąpieniem zapalenia cierpi skutkiem oderwania siatkówki i zaćmień w ciałku szklanem. Otorbienie i zwapnienie, ten zwykły koniec wągrów w innych narządach, w oku, w ogóle mało skłonnem do otarbiania ciał obcych, należy do rzadkości. Przypadek Teale'go[4]), w którym wzrok w ciągu 2-letniego przebywania wągra w oku, małemu tylko uległ upośledzeniu, jest po prostu białym krukiem.

Zapalenia jagodówki w następstwie wągra w oku, prowadzące ostatecznie do zaniku gałki ocznéj, są przeważnie natury plastycznéj, nie brak jednak spostrzeżeń, gdzie zapalenie to występowało w formie ropnéj. Czy ropienie tu występujące polega na tle mikroorganizmów, czy też jest następstwem chemicznych produktów życia wągra, jest kwestyją dotąd nierozstrzygniętą. Leber, który w jednym przypadku znalazł koki ropne[5]), oświadcza się za pierwszem przypuszczeniem, podejrzywa jednak późniejszą dopiero inwazyję i rozwój mikrobów skutkiem stworzenia „*locus minoris resistentiae*“ przez wągra.

Z zanikiem gałki nie kończy się jeszcze szereg niebezpieczeństw dla pacyjenta. Grozi mu jeszcze współczulne

---

[1]) *Epikritische Bemerkungen über Cysticercusoperationen etc.*, Graefes: *Archiv f. Ophthalm.* XXVIII., 1, str. 201.
[2]) *Ueber 5 Extractionen von Cysticercen aus dem Augapfel* 1881, *Seperatabdruck.* — [3]) *Klin. Beiträge zur pathol. Topographie* w Graef. *Archiv f. Ophthalm.*, XXII., 3. [4]) Graefe-Saemisch: *Handbuch der Augenheilkunde*, IV., str. 711. [5]) Leber: *Cysticercusextration und Cysticercusentzündung*, Graefe's: *Archiv f. Ophthalm.* XXXIII., 2.

zadraźnienie oka zdrowego, jak w ogóle przy obecności ciał obcych. Natomiast z przypadkiem istotnego zapalenia sympatycznego nie spotkałem się nigdzie w literaturze, jakkolwiek autorowie większéj części podręczników mówią o tem bez zastrzeżenia, a przeciwnicy teoryi Deutschmanna w pasorzytniczem pochodzeniu zapalenia sympatycznego z pewną predylekcyją powołują się na ten argument.

Zobaczmyż teraz, jak się przedstawiają szanse operacyi. Gdyby wziąć pod uwagę początkowy okres jéj historyi, zainaugurowany r. 1856 przez Albrechta Graefego, przedstawiłby się nam obraz dość ponury. Dwa główne typy téj operacyi, stworzone przez tego operatora: cięcie twardówkowe, obejmujące w kierunku równika $^1/_5$—$^1/_6$ obwodu gałki, jak niemniéj postępowanie trójczasowe, polegające na irydektomii, ekstrakcyi soczewki i wydobyciu wągra przez rankę rogówkową i dołek talerzykowaty z głębi ciałka szklanego, dawały tak niepomyślne wyniki, że wedle świadectwa prof. Hirschberga (l. c.), dawnego asystenta Graefego, na 20 ócz operowanych przez ostatniego, zaledwie jedno uszło z jakim takim wzrokiem, w wielu zaś innych przypadkach zawisła w dodatku nad okiem zdrowem groźba cierpienia sympatycznego. Przytem dotyczyło to tylko wągrów w ciałku szklanem, przypadków bowiem z usadowieniem pasorzyta pod siatkówką, a zwłaszcza w tylnym odcinku gałki radził Graefe nie tykać. Nowa era dla śmiałéj operacyi rozpoczęła się po r. 1874 kiedy Arlt, opisując jeden operowany przypadek, wskazał na korzyści cięcia twardówkowego w kierunku południka, które jako zgodne z przeważnym kierunkiem włókien twardówki, mniéj usposabia do utraty ciałka szklanego. Przeważnie jednak zabiegom Alfreda Graefego zawdzięczyć należy, że operacyja ta pozwoliła odtąd znacznie lepiéj rokować. Udoskonalenie wprowadzone przez Graefego polegało na dodaniu tymczasowego oddzielenia mięśnia, skutkiem czego wskazania do operacyi mogły objąć nawet przypadki wągrów, znajdujących się w tylnym biegunie gałki ocznéj. Odtąd procent pomyślnych operacyj podnosi się odrazu tak, że Graefe na 45 operowanych przez siebie przypadków wykazać może 20 zupełnie z dobrym wynikiem, podobnież Leber, który na 14 operacyj tylko 3 razy skutku nie osiągnął. W wczesnych okresach cierpienia dozwala operacyja niejednokrotnie znaczny stopień bystrości wzroku trwale ocalić, a czasem, o ile pierwotne upośledzenie zależało także od zaćmień w ciałku szklanem, nawet poprawić. I tak, w przypadku Stöltinga[1]) zachowuje operowana $^4/_5$—$^4/_4$ prawidłowéj bystrości wzroku, pacyjent Cohna (l. c.) podobno nawet $^{20}/_{20}$. W pokaźnéj liczbie przypadków przyrasta oderwana przedtem siatkówka.

Nie we wszystkich jednak przypadkach daje operacyja jednakie szanse wydobycia pasorzyta. Zależy to przeważnie od lokalizacyi wągra. Alfred Graefe, rozporządzający w tym względzie największem doświadczeniem, rokuje najlepiéj w razie siedziby podsiatkówkowéj, mimo, że jak sam twierdzi, najmniejsze zboczenie w cięciu od miejsca właściwéj siedziby wągra, może udaremnić cały zabieg przy równoczesnym odpływie ciałka szklanego, prącego przed sobą siatkówkę ku szczelinie mieszczącéj w sobie *„corpus delicti"*. Mniéj pewne szanse w przypadkach wągra w ciałku szklanem, ustalonego zrostami do ściany gałki, stają się już zupełnie nieobliczalne, jeżeli wągr nieustalony pływa wolno w rozpłyniętem zazwyczaj w tych warunkach ciałku szklanem. Podczas gdy w pierwszych dwu przypadkach można często z matematyczną ścisłością oznaczyć siedzibę pasorzyta, zmienia on tutaj z każdym ruchem chorego swe położenie, tak że operator igra po prostu z przypadkiem. Przeważna część owych 15 nieudałych operacyj Graefego należała właśnie do téj ostatniéj kategoryi.

Dyjagnostyka wągra śródocznego jest już dziś dzięki typowemu obrazowi tak wykończoną, że pomyłki w rozpoznaniu, przypuszczając biegłość w wziernikowaniu, mogą się wydarzać tylko w warunkach wykluczających w ogólności badanie wziernikowe, jak mocne zaćmienia środków łamiących, zarośnięcie źrenicy i t. d., lub też w wczesnych bardzo okresach rozwoju, w których, jak w naszym drugim przypadku brak jeszcze szyjki i głowy. W tym ostatnim razie można łatwo pewne formy pęcherzowatego oderwania siatkówki brać za wągra. Że takie ostro odgraniczone kuliste oderwania siatkówki się zdarzają, dowodzi przypadek z kliniki Arlta, opisany przez prof. Rydla w sprawozdaniu z tejże kliniki za lata 1863 do 1865; sam zaś w czerwcu b. r. obserwowałem przez czas dłuższy wieśniaka, u którego oderwana siatkówka w okolicy przedniego dolnozewnętrznego odcinka gałki w postaci okrągłéj bani, o ścianach gładko napiętych, sterczała do ciałka szklanego i gdzie tylko zupełna przeźroczystość ścian bez charakterystycznego iryzowania brzegów i wszelki brak kurczliwości pęcherza chroniły od pomyłki dyjagnostycznéj. Jak więc z jednéj strony nie można wymagać od wągra, aby dla naszéj satysfakcyi dyjagnostycznéj zawsze wystawiał ku nam swą głowę, tak z drugiéj strony rozpoznanie wągra bez wykazania kurczliwości pęcherza w braku innych objawów spoczywa na kruchéj podstawie. Na szczęście właśnie te młode osobniki z niewykształconą jeszcze szyjką i głową odznaczają się, jak zauważył Graefe Alfr., najżywszą ruchliwością i ciągłą zmianą kształtu pęcherza. W rozpoznawaniu téj ruchomości trzeba się jednak mieć na baczności, aby nie brać tych ruchów, podobnych do robaczkowych, za przesunięcie paralaktyczne konturów, które przy drobnych, drżących ruchach soczewki lub oka badanego występuje. Dlatego słusznie radzi Wecker nadać oku badanemu taki kierunek, aby pęcherz zajmował mały tylko odcinek rozszerzonéj źrenicy, wówczas położenie brzegu źrenicznego względem pęcherza i brzegu powieki da nam niemylną kontrolę tych ruchów pozornych. W wątpliwych przypadkach obecność owych delikatnych, okrągłych zaćmień w ciałku szklanem, podobnych do osadów na błonie Descemeta, które Liebreich odnosi do ruchów ssących nasadek (*Saugnäpfe*), zaważy rozstrzygająco w rozpoznaniu. Najmniéj trudności sprawi rozpoznanie wągra usadowionego wolno w ciałku szklanem. Tu wystarczy stwierdzenie pęcherza, dającego się dokoła obejść światłem wziernika. Że wągr obumarły może nastręczyć trudności rozpoznawcze, rozumie się samo przez się, ale też w tym okresie cierpienie nie ma praktycznego znaczenia, od brania zaś za nowotwór uchroni wprawnego lekarza zachowanie się napięcia gałki, podwyższonego zazwyczaj w obec nowotworu śródocznego, a niezmienionego lub obniżonego w razie obecności wągra.

Przypadki nasze nie nastręczają pod względem rozpoznawczym nic niezwykłego. Natomiast jeden szczegół uboczny zasługuje na uwagę, mianowicie obecność opisanych

---

[1]) *Beitrag zur Lehre von der Extraction intraoculärer Cysticercen, Berl. klin. Wochenschrift*, 1889, Nr. 42.

w II-gim przypadku owych jasnoświecących punktów w siatkówce do około pęcherza, przypominających żywo ogniska w „*retinitis albuminurica*", mimo że mocz pacyjenta stale wolnym był od białka. Ponieważ objaw ten podaje także Vossius w swoim przypadku[1]), dodając, że zauważył go także w 2 przypadkach zejścia embolii *arter. centr. ret.*, ja zaś sam obserwowałem go jeszcze w 2 przypadkach tarczy zastoinowéj, przeto wartoby temu szczegółowi poświęcić więcéj niż dotąd uwagi, aby przy większéj ilości tego rodzaju spostrzeżeń dyjagnostyczną doniosłość tego obrazu sprowadzić do właściwéj miary.

III. Z pracowni profesora Cornila w Paryżu.

O udziale krwi w powstawaniu produktów zapalnych.

Napisał
Andrzéj Obrzut z Pragi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42.)

Przez kombinacyję tych różnych zmian, przez wyższy lub niższy stopień ich rozwoju powstają obrazy w różnych oczkach nadzwyczaj różne, a nawet w jednem i tem samem oczku bzowém widzieć możemy wszystkie te okresy przemian, jakim ulegają ciałka czerwone. Jako najczęstszy obraz tych zmian widzimy pewne części oczka, czasem obwodowe czasem więcéj środkowe wypełnione niezmienionemi ciałkami czerwonemi, w których gdzieniegdzie zjawiają się ziarenka istoty chromatycznéj. Takie ciałka przechodzą bezpośrednio w inne bardzo obfite w ziarenka chromatynowe na ich obwodzie ułożone. Z tem graniczą daléj skupiny samych ziarenęk chromatynowych nieskupionych w jądra, lecz rozprószonych bez ładu w jakiejś masie brunatnawéj, drobnoziarnistéj, prawie jednolitéj, a między temi ziarnami chromatyny dla większéj jeszcze komplikacyi leżeć mogą wielkie jądra epitelioidowe, jako zawiązek komórki olbrzymiéj, którą spotykamy daléj wypełniającą całą resztę oczka bzowego. W miejscach, gdzie ciałka czerwone spływają w jednę masę jednolitą, tworząc pierwoszcze komórki olbrzymiéj, widzimy często owalne lub okrągłe wakuole, które tym sposobem powstają, że jedno lub więcéj ciałek czerwonych cały swój barwik traci, podczas gdy sąsiednie zawierają go w zupełności. Kontury ciałek w ten sposób odbarwionych znikają i mamy wtedy efekt optyczny wakuoli, zjawiska tak częstego w krwi naczyń nawet prawidłowych narządów.

Niemniéj częste są oczka, w których w całości tylko jednę z tych różnych przemian spotykamy. I tak znajdujemy oczka o ciałkach czerwonych niezmienionych, a w których dopiero po usunięciu obrazu strukturowego przez otwarcie kondenzora spostrzegamy drobniutkie ziarenka chromatynowe. W innych oczkach ciałka czerwone są nieco mniejsze, a większość z nich na obwodzie okazuje wyraźne ziarna chromatyny. — W innych daléj oczkach ciałka czerwone rozpadły się w miazgę drobnoziarnistą, brunatno lub jasno zielonawą, w któréj bez ładu i nieraz w wielkiéj ilości są rozprószone grudki nieregularne istoty chromatycznéj. Inne nareszcie oczka zajęte są w całości przez jednę prawdziwie olbrzymią komórkę z jądrami różnie ułożonemi, epitelioidowemi lub pomięszanemi z innemi mniejszemi i nieregularnemi, z wakuolami lub bez nich. Nakoniec spotykamy oczka, w których zamiast krwi widzimy same ziarna różnéj wielkości i kształtów, oddziaływające jak chromatyna, a tak gęsto ułożone, że tylko gdzieniegdzie prześwieca z pomiędzy nich istota szarozielonawa. Ziarna te miejscami przechodzą w włókna, bardzo gęstą i zbitą siatkę tworzące. Włókna téj siatki oddziaływają zupełnie tak samo na barwiki, jak istota chromatyczna, tj. barwiąc się bardzo żywo safraniną.

Zachodzi teraz ważne pytanie, czy wszystkie te jądra i jąderka, grudki, ziarna i ziarenka istoty chromatycznéj, napotykane w tak wielkiéj nieraz ilości w pewnych oczkach rdzenia bzowego, nie są istotą chromatyczną importowaną następowo z otoczenia do krwi wynaczynionéj do oczek, czy n. p. nie są to imigrowane leukocyty lub jak chce druga teoryja, komórki powstałe przez proliferacyję stałych składników w tkance otaczającéj ciało obce. Że ani jedno ani drugie nie było możebnem, przekonywają nas o tem te miejsca, gdzie otoczenie najbliższe ciała obcego nie jest tkanką łączną nowéj formacyi, ale gdzie znajdujemy krew wynaczynioną z odpowiednią ilością leukocytów, t. j. bardzo małą (tak jak to krwi wynaczynionéj odpowiada), a tuż w przylegających oczkach rdzenia bzowego wszystkie owe zjawiska, które jako metamorfozę progresywną ciałek czerwonych uznaliśmy, a charakteryzującą się tem, że w miejscu ciałek czerwonych i w tychże występuje wielka ilość istoty oddziaływającéj jak chromatyczna. Składniki komórkowe nie mogły przejść warstwy krwi wynaczynionéj i skrzepłéj, nie pozostawiając po sobie żadnych śladów i nagromadzić się w ciele obcem w tak wielkiéj nieraz ilości. Często daléj takie oczka zawierające liczne jądra i jąderka chromatynowe otacza na powierzchni dosyć szeroka warstwa nekrotycznych komórek wątrobowych, w których ani beleczki wątrobowe, ani przestwory włosowate nie wykazują ani jednego barwiącego się jądra.

Do wyjaśnienia zatem podobnych zjawisk, jak powyżéj w oczkach rdzenia bzowego opisane, nie pozostaje nam nic innego jak przypuścić, że pod wpływem bliżéj nieznanych warunków z ciałek czerwonych wynaczynionych w otwory porowatego ciała obcego wytwarza się istota chromatyczna jąder, które występują w miejscu tych ciałek po pewnym czasie.

Ale nietylko jądra mogą powstawać z ciałek czerwonych. Widzieliśmy wyżéj, że i pierwoszcze komórek olbrzymich jest ich produktem.

Rozumie się samo przez się, że do ciałek tych przypływają jakieś soki odżywcze, które modyfikują ich dalsze metamorfozy raz w ten sposób, że przychodzi do nadmiernego wytworzenia istoty chromatycznéj, drugi raz, że ciałka te zlewają się z sobą w pierwoszcze komórek olbrzymich, a tylko pewna część składowa tych ciałek chemicznie różna daje początek tym jądrom. Że takie dwie różne lub w pewnych odmiennych warunkach różne istoty istnieć muszą w ciałkach czerwonych, wynika już z ich różnéj reakcyi mikrochemicznéj (ciałka czerwone z jąderkami chromatynowemi). Obie te istoty wśród pewnych okoliczności zewnętrznych ulegają wzrostowi, jedna daje początek jądrom, druga pierwoszczu, resp. istocie międzykomórkowéj.

Poniżéj jeszcze zobaczymy, jak w prosty sposób fakta powyżéj w ciele obcem wprowadzonem do tkanin żywych przedstawione wyjaśnić nam mogą wiele objawów zapalnych dotąd niezrozumiałych. Tymczasem stwierdzimy jeszcze raz ten pewnik, że z ciałek czerwonych mogą powstawać wszelkie rodzaje jąder, począwszy od leukocytów aż do epitelioidowych identycznych z epitelialnemi.

W celu badania sprawy gojenia się ran zewnętrznych wykonywałem takowe na gruczołkach piersiowych królików. Po dokładném oddaleniu włosów i oczyszczeniu skóry na całym brzuchu za pomocą 1‰ sublimatu, przecinałem gruczoły mleczne od ich koniuszka aż do podstawy. Potem zaraz polewałem gruczoł i jego najbliższe otoczenie rozczynem kolodyjum z sublimatem i kilku kroplami oleju rącznikowego. Otrzymałem przez to powłokę pokrywającą przecięty gruczoł wraz z nieznaczną ilością krwi, która się

---

[1]) Vossius: *Eine Cysticercusextraction*, *Berl. klin. Woch.* Nr. 1, 1890.

jące rozmarzenie senne, zamroczenie, podczas których chory, jak lunatyk, roztropnie mówi i działa, a z których wstaje nie pamiętając nic o tém, co czynił i mówił.

W postaciach ostrych obłąkania epileptycznego występują najczęściéj na podstawie złudzeń zmysłowych obłędy zwykle straszliwéj przyrody i wprawiają chorego w obawę i rozpacz. Rzadziéj są one przyrody zachwytowéj. Zaburzenia te nie zawsze w ten sam sposób występują, a mianowicie rozmaitym bywa stopień zaburzenia świadomości i siła urojeń w pojedynczych napadach. Prawie zawsze są podczas takiego napadu źrenice rozszerzone i na światło nie oddziaływają. Zwykle te napady następują po kurczach, rzadziéj występują w zastępstwie takowych, a najrzadziéj poprzedzają takowe. O wiele częściéj napady obłędu epileptycznego występują bez zaburzenia w świadomości. W przypadkach lekkich objawiają się takowe tylko w zmianie nastroju uczuciowego, a mianowicie albo jako przygnębienie, albo jako podniecenie. Bardzo często objawiają się jako zaduma albo jako manija.

Autor rozróżnia pod tym względem 4 postacie:

Postać 1. Zachowanie się psychiczne okazuje się równomiernie i jednakowo chorobowo zmienione przez długi czas we wszystkich napadach. Chorzy zwykle są kapryśni, uważają się za nieszczęśliwych, czasem są gniewliwi i drażliwi. A gdy napady kurczów przez dłuższy czas się nie pojawiają, to rozstrojenie ich umysłu staje się nieznośnem.

Postać 2. Tu rozstrojenie umysłu w czasie przed i po napadach kurczowych jest bardzo różne. Zwykle czują się chorzy przed napadem bardzo nieszczęśliwymi, płaczą i narzekają, podczas gdy po napadach kurczowych okazują wielką wesołość i zadowolenie niczem nieusprawiedliwione. Czasem, jakkolwiek rzadko, stosunek jest odwrotnym.

W postaci 3 tylko po napadach występuje rozstrojenie umysłowe, które zwykle objawia się gadatliwością, gniewliwem wzburzeniem umysłu i zaczepianiem otaczających osób.

Postać 4. Jak w innych chorobach umysłowych, połączonych z zaburzeniami w świadomości, mogą także i tutaj wystąpić wyż wymienione stany, przedewszystkiem manija, jako t. z. równoważniki epileptyczne i tak objawiają się u chorych (przedewszystkiem u dzieci) stany przejściowe wygórowanéj drażliwości aż do czasu, gdzie nagle występuje pierwszy napad kurczów epileptycznych, albo po zniknięciu zwykle występujących napadów kurczowych, pojawiają się napady obłąkania (gniewliwość, niepokój itd.), i które w tych samych odstępach czasu co tamte się powtarzają.

Według zapatrywania autora wyż opisane zaburzenia umysłowe towarzyszą tylko epilepsyi prawdziwéj, t. j. téj, która charakteryzuje się napadami utraty przytomności i kurczów ogólnych. Zupełnie inaczéj zachowuje się epilepsyja kory mózgowéj, t. z. padaczka Jacksona, gdyż w niéj zaburzenia umysłowe, jeśli w ogóle powstają, to dopiero w bardzo późnym okresie choroby i rzadko dochodzą do znaczniejszego stopnia. Pośrednie miejsce w tym względzie zajmuje epilepsyja, która czasem powstaje w następstwie zapalenia mózgu u dzieci. Wreszcie kładzie autor na to jeszcze szczególny nacisk, że lekarze za mało jeszcze zwracają uwagę na obłąkanie epileptyków, które może wystąpić bez zaburzeń w świadomości. (*Württemb. Corr. Bl.* 11. 1890). *Dr. Süsskind.*

Notatki lecznicze.

† **Leczenie gruźlicy krtani balsamem peruwijańskim.** W wykładzie mianym na międzynarodowym zjeździe dla otologii i laryngologii w Paryżu poleca Schnitzler leczenie suchot krtaniowych balsamem peruwijańskim, za pomocą którego osiągnął znakomite wyniki. Używa on tego balsamu w najrozmaitszéj postaci do leczenia miejscowego, jako wziewania, rozpylania, wdmuchiwania i pędzlowania, podaje go jednak także wewnętrznie w pigułkach lub zmieszany z tranem rybim lub lipaniną, jako też w postaci pastylek. Do wziewania miesza się balsam peruwijański w równych częściach z wyskokiem i dodaje się niekiedy trochę terpentyny. Do wdmuchiwania podaje S. następujący przepis: *Bals. Peruv. 2·0, Bismuth. subnitr. vel. Alumin., Sacch. lactis āā 10·0.* Ten sposób użycia ma być szczególnie skutecznym w częstych u suchotników nieżytowych zmianach i powierzchownych owrzodzeniach krtani. Wobec owrzodzeń głębokich wyskrobywa S. najpierw wrzody gruźlicze ostrą łyżeczką, poczem pędzluje następującym rozczynem: *Cocain. muriat. 0·5, Balsam. Peruv., Alcoh. aa 10·0, Ol. menth. gtt. V.* S. podaje także zamiast balsamu kwas cynamonowy według Binza najskuteczniejszy składnik balsamu peruwijańskiego (zamiat 1·0 bals. 0·1 *acid. cinnam*). Także w połączeniu z kolodyjum używa S. balsamu peruwijańskiego, aby części chore chronić od zetknięcia się z wydzieliną płuc. Pod wpływem tego leczenia znika obrzmienie błony śluzowéj, wydzielina się zmniejsza, wrzody się zabliźniają w razie, jeżeli choroba płucna jeszcze zbyt nie postąpiła. (*Münch. med. Woch.* 1889, Nr. 40).

† **Leczenie krztuśca rozpylaniem kwasu karbolowego.** E. Mauriac (*Journ. de méd. de Bord.* 1889, Nr. 36) poleca ponownie używanie rozpylonych rozczynów karbolu: należy 3 razy dziennie rozpylać w pokoju chorego za pomocą dużego rozpylacza parowego po jednym litrze 5% rozczynu karbolu; parę trzeba skierować w powietrze, równolegle do łóżka chorego, pokój należy starannie trzymać zamknięty. Otrucia nie należy się obawiać.

† **Drgawki dziecięce i ich stosunek do gorączki.** Wychodząc z zapatrywania, że 80% drgawkom u dzieci towarzyszy gorączka, bada H. W. Berg (*New York med. Rec.* 1889, Nr. 3) przedewszystkiem w każdym przypadku ciepłotę, a gdy stwierdził gorączkę, stara się wynaleść jéj przyczynę. Leczenie jego jest następujące: w mięszaninie jednéj części wyskoku na 3 cz. wody zimnéj macza się prześcieradło, wyciska się mocno, zawija się w nie dziecko, na to daje się prześcieradło suche. Zawijania te powtarza się z początku często, nawet co 5 minut, późniéj rzadziéj, aż gorączka opadła. Wewnętrznie podaje się antypyrynę lub antyfebrynę w odpowiedniéj dawce, można także dać lewatywę i worek lodowy na głowę. Tylko w przypadkach, w których nie ma gorączki, podaje leki przeciwkurczowe i kojące jak sole bromowe, chloral, makowiec itd. W odruchowéj i toksycznéj postaci drgawek podaje, jeżeli czynnik etyjologiczny da się wyśledzić, odpowiednie środki, lecz i tu wymaga istnienie gorączki środków przeciwgorączkowych. *Dr. Baschkopf.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Posiedzenie Tow. lekarzy czeskich w Pradze z d. 13/10 1890.

Przewodniczący prof. Hlava. Prof. Thomayer mówił o leczeniu spraw zapalnych w nerkach. Prelegent przytoczył pokrótce treść rozpraw na ten temat z kongresu berlińskiego a głównie prace Lépina z Lyonu i Gainger-Stewarta z Edynburga. Stewart badał wpływ potraw i preparatów mięsnych na nerki w ten sposób, że wstrzykiwał królikom podskórnie kreatynę i kreatyninę — istoty obficie w potrawach mięsnych się znajdujące. Króliki znosiły je przez jakiś czas dobrze, po paru jednak miesiącach zdechały. Sekcyja wykazywała u nich wielką nerkę białą. Prof. T. chcąc sprawdzić podania Stewarta wstrzykiwał również królikom kreatynę i kreatyninę pod skórę, króliki jednak bez wyjątku wszystkie w krótkim czasie zdechały. W obec tego postanowił prof. T. w inny sposób przekonać się o działaniu pokarmów i preparatów mięsnych na nerki. Przyzwyczajał młode króliki do ekstraktu Liebiga i żywił je tym preparatem przez całe tygodnie, dawki wciąż zwiększając. Jedna część zwierząt nie znosiła tego żywienia i wkrótce ginęła, druga część żyła dłużéj, nie dłużéj jednak nad kilka miesięcy. Po upływie tego czasu żaden z królików nie zostawał przy życiu a sekcyja tych, które żyły najdłużéj, wykazywała wielką nerkę białą. Badanie zaś mikroskopowe tych nerek wykazywało wałeczki, wakuole w przybłonkach a nadto istotę skrzepłą białkowatą w glomerulach w około torebki Bowmana. Zmiany te w nerkach przypisuje prof. T. działaniu kreatyny i kreatyniny, które to istoty obficie się znajdują w ekstrakcie Liebiga i w ogóle w potrawach mięsnych. Ztąd wnosi prelegent, że dłuższe używanie i w większych ilościach tych pokarmów szkodliwie działa na nerki, że je usposabia do zapaleń, a tam, gdzie zapalenie już

istniało, do pogorszenia się sprawy chorobowéj. Doświadczenia więc te ważnemi by były ze względu na leczenie spraw zapalnych a z nich wypada, że chorym na nerki jak najmniéj dawać trzeba tego rodzaju pokarmów, a trzymać się lepiéj dyjety złożonéj z pokarmów mlecznych i wodników węgla.

Dr. E. Kozierowski.

VI. Z międzynarodowego lekarskiego zjazdu w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42.)

Zaprowadzając wodociągi na szeroką skalę musiał Berlin równocześnie pomyśleć o umiejętnie przeprowadzonéj kanalizacyi, a należy przyznać, że pod tym względem każdy higijenista, oddać musi stolicy Niemiec, jeżeli nie palmę pierwszeństwa w Europie, to przynajmniéj niewątpliwie wyrazy hołdu i prawdziwego uznania, gdyż olbrzymio rozrastająca się metropola państwa niemieckiego, stara się ogromnie o czystość wody, gruntu i powietrza, — nie dopuszcza do zanieczyszczania małéj rzeki, jaką jest Sprewa, i jéj jeszcze mniejszych dopływów, — lecz za pomocą umiejętnie rozłożonéj całéj sieci kanałów odprowadza wszelkie ciecze, czy to opady atmosferyczne, czy to odchody ludzkie, daleko po za Berlin i cieczą kanałową użyźnia liczne grunta porozrzucane dookoła miasta. W tym celu podzielono Berlin na 12 dzielnic, promienisto dookoła środkowego punktu miasta rozłożonych (*Radialsysteme*), a każda z tych dzielnic ma celem odwodnienia (tj. odprowadzenia wszelkich cieczy napływających do kanałów) urządzoną stacyję do pompowania (*Pumpstation*). Stacyja taka służy do odprowadzania nagromadzonych cieczy kanałowych, które za pomocą siły pary wypędzane bywają na pola przeznaczone do zraszania (*Rieselfelder*) i użyźniają piaski brandenburgskie w sposób iście zdumiewający. Z powyższych 12 dzielnic promienistych, w 7 ukończono już zupełnie kanalizacyję, a w 5 kanały jeszcze się budują i według ułożonego planu ściśle uzupełniają. Każda parcela budowlana po zabudowaniu musi być połączoną z kanałem ulicznym za pomocą osobnéj rury; ciała stałe nie mogą dostawać się do kanałów, ale z wychodków spłukiwanych wodą (*Wasserkloset*) dostawać się mogą odchody ludzkie. Nowych dołów kloacznych nie wolno więcéj zakładać. Każdy właściciel domu otrzymuje wezwanie z Magistratu co do urządzenia połączenia realności swéj z kanałem miejskim i musi w ciągu 6 tygodni przedłożyć plan odwodnienia realności, a po zatwierdzeniu tegoż planu musi znów najdaléj w ciągu 6 tygodni plan ten najdokładniéj wykonać. Tym sposobem w 7 dzielnicach połączono 18.745 parcel budowlanych 7 kanałami miejskiemi. Kanały te są i murowane (od 0·9—2 metrów wysokie) i mają postać jajowatą, a obok tego utworzone są i z rur glinianych (rury drenowe), których średnica wynosi 0·21 do 0·48 metra. Do czyszczenia tak kanałów, jak i do obsługi przy stacyjach do pompowania służą liczni rutynowani robotnicy i maszyniści, nad którymi władzę wykonywają inspektorowie ruchu i naczelny dyrektor. Urzędnicy ci miejscy podlegają znów osobnéj komisyi wydelegowanéj z rady miejskiéj Berlina, która to komisyja zawiaduje całą kanalizacyją.

Stacyje służące do pompowania cieczy kanałowych wydaliły w roku ostatnim z m. Berlina blisko 45 milijonów metrów sześciennych cieczy (44,919.165 km.), czyli w stosunku do 1 mieszkańca dziennie 103·10 litrów. Ponieważ zaś wodociągi berlińskie dostarczają dla 1 mieszkańca dziennie blisko 65 litrów (64.5 l.) wody, przeto przeszło 38 litrów więcéj wydalają pompy kanałowe, niżby na 1 mieszkańca przypadało. Na nadwyżkę tę składają się: a) woda deszczowa, b) woda czerpana z licznych, do dziś dnia istniejących studni domowych i miejskich, c) woda spotrzebowana w łaźniach i fabrykach, a czerpana z rzek lub głęboko wierconych studni, d) ciecz gromadząca się w wychodkach. Obrachunek ten służy zarazem za dowód, jak znakomicie fungują kanały i stacyje do pompowania cieczy kanałowych. Ciecze te rozprowadzone po polach nabytych przez miasto, użyźniają je znakomicie, a następnie przesączone przez grube warstwy ziemi i odprowadzone drenami do głębokich rowów, wypływają w postaci czystéj wody, która nawet w szklanki zaczerpnięta wcale nie wydaje żadnéj przykréj woni i kosztowana nie wzbudza smaku przykrego a od biedy mogłaby lepiéj ugasić pragnienie, niż kiepska woda w licznych studniach krakowskich, zanieczyszczona w sposób daleko znaczniejszy! Rowami temi odpływa woda z pól zraszanych cieczą kanałową do Sprewy i jéj dopływów, które od chwili zaprowadzenia tego systemu kanalizacyi zyskały bardzo na ilości wody, która nie cuchnie, a pod względem zawartości bakteryj okazuje się daleko lepszą od wody Sprewy. Umiejętna uprawa roli i łąk w dobrach miejskich zraszanych cieczami kanałowemi, oraz należycie zastosowany płodozmian, zapobiegają téj ewentualności, aby kiedyś z biegiem lat nie ustała czyszcząca własność gruntu i aby grunta te nie zmieniły się w cuchnące bagniska. Liczne rozbiory chemiczne dokonane przez prof. Dra Salkowskiego w Berlinie usuwają wszelką pod tym względem obawę; wykazują bowiem, że woda odpływająca rowami jest stosunkowo wcale czysta i prawie nieróżni się co do składu chemicznego od wody czerpanéj ze studzien kopanych tuż koło dworów przed i po zaprowadzeniu zraszania. Woda powyższa czasem mąci się skutkiem znacznéj zawartości żelaza, które wydziela się w postaci strzępków rdzawych po ukwaszeniu na niedokwas żelaza.

Stan zdrowia robotników zatrudnionych przy obrabianiu pól zraszanych cieczą kanałową jest również wcale zadowalający, a przypadki chorób zakaźnych należały do wyjątków. Celem zakupna dóbr dookoła Berlina do zraszania wydało m. Berlin przeszło 16 milijonów marek. Dobra te przyniosły czystego zysku 238.000 marek tak, że celem oprocentowania powyższego kapitału miasto musiało dołożyć 332.000 marek (licząc $3\frac{1}{2}\%$), czyli zaledwie 0·27 marki w stosunku do jednego mieszkańca, co stanowi drobnostkę w obec daleko wyższych cyfr wymaganych przez inne miasta n. p. Frankfurt (1·22 marek), Wiesbaden (0·68 marek) itd.

Czyszczenie miasta Berlina, t. j. wywóz nieczystości zebranych na ulicach, skrapianie ulic i t. p. kosztowało w roku ostatnim blisko $1\frac{1}{2}$ milijona marek. (C. d. n.)

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 20 października. Pan Minister Oświecenia wydał w d. 15 b. m. rozporządzenie do krajowych władz szkolnych w sprawie fizycznego hartowania młodzieży. Rozporządzenie to powołuje się przedewszystkiem na uczynione doświadczenie, że szkolna nauka gimnastyki i hygijena szkolna same przez się nie wystarczają, ażeby młodzież, do któréj znaczne stawiane bywają pod względem umysłowym wymagania, także odpowiednio fizycznie zahartować. Jest przeto obowiązkiem szkoły poświęcić jak największą uwagę wszystkim tym środkom, które w miarę miejsca i okoliczności przyczynić się mogą do wzmocnienia fizycznych sił młodzieży szkolnéj. — W tym celu zdaje się, że będzie odpowiedniem następujące postępowanie państwowych i innych równorzędnych szkół publicznych średnich: we wszystkich miejscowościach, gdzie się znajdują publiczne kąpiele lub pływalnie, powinni się dyrektorowie szkół średnich zwrócić do właścicieli tych zakładów z prośbą, ażeby młodzieży szkolnéj czynili możliwe, najdaléj idące ułatwienia w korzystaniu z kąpieli i w pobieraniu nauki pływania. Dyrektorowie i członkowie grona nauczycielskiego mają, bez użycia przymusu, zachęcać młodzież szkolną do pilnego używania kąpieli i udzielać młodzieży takich rad i pouczeń, które ze stanowiska hygijenicznego okażą się jako konieczne lub pożyteczne. Podobnie należy postępować pod względem nauki ślizgania. Tu należy wziąć pod rozwagę, czy nie byłoby do zalecenia — podobnie jak w zakładach kąpielowych i pływalniach — wyjednanie, ażeby właściciele wyznaczyli osobne godziny do używania toru lodowego przez młodzież szkolną. Gdzie niema pływalni i ślizgawek, należy myśl założenia takowych w interesie młodzieży popierać. Wszędzie, gdzie to tylko mo-

z ranki wydobywała. Każdego dnia następnego wycinałem po jednym gruczołku wraz z jego najbliższem otoczeniem, przepoławiałem w płaszczyźnie prostopadłéj do rany i wrzucałem do roczczynu Fleminga. Przez to otrzymałem preparaty przedstawiające różne po sobie następujące okresy gojenia się tych ran.

Rezultat był w ogóle zgodny z tem, co powyżéj stwierdziliśmy w wątrobie. Nowopowstająca tkanka łączna, która spaja oba brzegi rany, jest wyłącznie wytworem krwi wynaczynionéj i ciałek czerwonych, które i w dalszym przebiegu całéj sprawy opuszczają naczynia przylegające. Część ich przechodzi w włókienka tkanki łącznéj, inna część w leukocyty, wzrastające z czasem w komórki epitelioidowe. — Bezpośrednie przejście krwi wynaczynionéj w tkankę łączną ma miejsce jednak tylko tam, gdzie brzegi rany są tuż obok siebie, czyli gdzie warstwa krwi jest dosyć wązka. Gdy grubość téj warstwy przechodzi pewne granice, to znaczna część ciałek czerwonych ulega przemianie włóknistéj, któréj rezultatem jest gęsta siatka, ale bardzo silnie barwiąca się safraniną, t. j. oddziaływająca podobnie jak istota chromatyczna jąder. W stałych komórkach brzegów rany mitozy należą do rzadkości. Najczęściéj jeszcze można je spotkać na przybłonkach, pokrywających gruczoł w warstwie przedzielonéj raną.

Doświadczenia te nastręczyły mi sposobność i do innych spostrzeżeń, mianowicie można było badać zmiany, jakim ulega krew wynaczyniona na powierzchnię zewnętrzną rany. Z przeciętego gruczołu wydobywa się zawsze na zewnątrz kilka kropel krwi i spływa niekiedy aż do podstawy gruczołu. Krew ta pokryta warstwą nieprzepuszczalną z kolodyjum zabezpieczona jest od przymieszek z zewnątrz, a jest w związku z tkanką żywą nienaruszoną i z otworem rury. Wcześniejszego okresu tych zmian we krwi wynaczynionéj z pomiędzy brzegów rany na zewnątrz niż w 24 godzin nie badałem. Otóż cóż znajdujemy w téj krwi po 24 godzinach? Zamiast ciałek czerwonych, których się spodziewać należało, widzimy prawie same leukocyty wielojądrowe, a nieliczne tylko ciałka czerwone o konturach nieco nierównych. Te leukocyty są ułożone tak gęsto nieraz obok siebie, że tylko niewyraźnie z pomiędzy nich prześwieca jakaś istota szarozielonawa, drobnoziarnista, lub prawie jednolita i bezbarwna. W niektórych miejscach ona sama tworzy warstwę pokrywającą gruczoł i w niéj tylko nieliczne leukocyty lub ich grupy są widoczne. Leukocyty te mają pewne właściwości, zasługujące na baczną uwagę. Jądra ich przedstawiają się w postaci drobnych ziarenek silnie się barwiących, nieregularnych, podłużnych, zakrzywionych często na podobieństwo ziarna kminu, spojonych w gromadki z 3, 4 i więcéj, tworząc koła i łuki. Te skupiny ziarn chromatycznych znajdują się w istocie bezbarwnéj, prawie niewidocznéj, a całość ograniczona jest szarą, bardzo ostrą, kolistą linijką. Ztąd powstałe koła mają wymiary leukocytów wielojądrowych tak, jak we krwi naczyń znajdujemy. Przejście między temi leukocytami a ciałkami czerwonemi stanowią składniki okrągłe, ziarniste, rozmiarów ciałek czerwonych lub nieco większych, a w których z pomiędzy ziarn żółtozielonawych, charakterystycznych, dla tych składników przeświecają maleńkie, nieregularne ziarenka chromatynowe, t. j. silnie barwiące się safraniną.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Doc. Geigel (Würzburg): **Mechanizm powstawania insultu apoplektycznego przy zatorze.**

Na dobrze obmyślanym przyrządzie, przedstawiającym schemat czaszki i jéj zawartości, zdołał autor wykazać, że jeżeli się nagle zatrzyma dopływ płynu do rurki wyobrażającéj jednę z tętnic mózgowych, to z innych rurek, mających analogiczne znaczenie z żyłami obszaru nie dotkniętego zatorem, na chwilę ustaje odpływ, a tak żyły jak i tętnice w obrębie czaszki rozszerzają się. Opierając się na tem doświadczeniu i na wywodach fizycznych, wypowiada G. twierdzenie, że w chwili powstawania zatoru przychodzi do znacznego zaburzenia w krążeniu w całym mózgu. Wszystkie zatorem nie zajęte tętnice rozszerzają się i wyciskają krew z obszaru zatorem dotkniętego. Dopóki ten stan trwa, musi pewna ilość krwi w niezajętych tętnicach być zużytą na rozszerzenie tychże i ta ilość jest dla naczyń włosowatych straconą. Wywołane w ten sposób ostre zaburzenie w odżywieniu mózgu jest tem mniejsze, im szybciéj świeża krew przychodzi od serca, im większe już przedtem było napięcie tętnic, czyli im wyższe parcie. Z tego same przez się wynikają wskazania lecznicze: wzmacnianie siły serca i podwyższenie parcia w żyłach przez ułożenie głową na dół. Większe praktyczne znaczenie osiągną te wskazania dopiero wówczas, gdy się uda rozróżnić zator od krwotoku mózgowego z wszelką pewnością (*Archiw Virchowa*, 1890, t. 121, zeszyt 3). *Dr. Beck.*

Bakteryjologija.

Fränkel: **O mikroorganizmach ostrego zapalenia otrzewny.**

Na podstawie badania bakteryjologicznego 15 przypadków zapalenia ropnego otrzewny przychodzi autor do następujących wyników. We wszystkich przypadkach zapalenia ropnego otrzewny można wykazać mikroorganizmy. Najważniejszą rolę odgrywają tu streptokoki, które autor w 10, a zatem w $^2/_3$ przypadków znalazł (8 razy obok innych mikroorganizmów). Autor przedstawia sobie rzecz tę w ten sposób, że mikroorganizmy ropne, najczęściéj *streptococcus*, dostają się na jakiejś drodze do otrzewny i tu, znajdując odpowiednie warunki rozwoju, rozpoczynają swoję czynność. Gdy zapalenie otrzewny szybko zabija, w takim razie znaleść można tylko streptokoki; jeżeli jednak zapalenie otrzewny trwa dłużéj, to dostają się do otrzewny różne bakteryje i pleśnie z jelit. Te ostatnie mogą wpłynąć niekorzystnie na dalszy rozwój streptokoków i ztąd to pochodzi, że czasem nadaremnie szuka się w ropie otrzewny streptokoków, lub jeśli się je znajduje, to w bardzo małéj tylko ilości. (*Münch. m. Woch.*, 2, 1890). *Dr. Süsskind.*

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Cantani (Neapel): **Obniżanie ciepłoty za pomocą obfitego picia wody i zimnych lewatyw.**

Wiadomą od czasów badań Liebermeistra jest rzeczą, że zimna woda jest znakomitym lekiem przeciwgorączkowym, wygórowaną bowiem ciepłotę wyśmienicie obniża. Cantani w tym celu nietylko używa obwijań i kąpieli, ale zaleca picie znacznéj ilości wody i zimne enteroklizy z małą przymieszką leków antiseptycznych. W durze wysypkowym każe co 5 minut popijać haust wody i w ten sposób 5—6 litrów wody lodowéj na 24 godzin do żołądka wprowadza, a im więcéj ktoś pije, tem lepiéj; w jednym przypadku nawet doszedł do 24 litrów na dobę. Picie lodowéj wody obniża znakomicie ciepłotę i skraca całą chorobę, nie jest zaś połączone z żadnemi niewygodami i nieprzyjemnemi dla chorego procedurami. W durze brzusznym wprowadzanie *per os* tak znacznych ilości wody często może być przeciwwskazane; dlatego w téj chorobie najchętniéj posługuje się lewatywami z wody zimnéj (10° C.). Na jednę lewatywę bierze 2 litry wody i dodaje do niéj 10 gr. taniny i 0·20 kw. karbolowego. Po zadaniu jéj ciepłota pod pachą spada każdorazowo o 8 do

9 dziesiątych na przeciąg 2 godzin. Metoda ta ma jeszcze tą ważną zaletę, iż wywołuje polyuryję, przyczem c. g. moczu jest znacznie niższy. Polyuryja ta jest dowodem, iż woda cała zostaje wessaną, ochładza więc wszystkie tkanki wewnętrzne i krew, a przyczynia się do łatwiejszego wydalenia trujących ptomainów przez ciągłe urynowanie. Lewatywy z taniną usuwają nadto bębnicę i osłabiają objawy kiszkowe. Często udawało się Cantaniemu tą metodą lecząc, dur uczynić poronnym. Ujemnych stron metoda ta niema. Chorzy picie zimnéj wody dobrze znoszą, czasem tylko dostają dreszczyków małoznaczących, w każdym razie mniejszych niż po zadziałaniu antipyryny. (*Brl. kl. Wschft.*, 1890, Nr. 31). *Dr. Mendelsburg.*

Choroby nerwowe.

Dr. Hansemann: **O rozległych porażeniach po błonicy.**

H. miał po przebytéj płonicy wielką skłonność do nieżytów gardła tak, że co kilka tygodni lub miesięcy dostawał zapalenia gardła i migdałków. Dwa lata po przebyciu płonicy zapadł na silną błonicę, połączoną z białkomoczem, trwającym przeszło miesiąc. W 18-tym dniu choroby wystąpiły pierwsze objawy porażenia prawéj połowy podniebienia, zresztą stan się poprawiał, tylko tętno ustawicznie było przyspieszonem, ale dość silnem i regularnem. Wkrótce potem wystąpiły w różnych nerwach najprzód parestezyje potem znieczulenia, niedowłady i porażenia. Przedewszystkiem zajęte były nerwy głowy, późniéj i nerwy reszty ciała, a mianowicie: nerw węchowy, n. troisty (głównie gałąź druga) *n. abducens*, n. twarzowy (z wyjątkiem *n. subcutaneus colli superior*), *n. glossopharyngeus* (szczególnie *rami pharyngei et tonsillares)*, n. błędny (gałęzie sercowe, krtaniowe i gardzielowe). W kończynach zaburzenia czuciowe i porażenia, niezborność w ruchach i lekki zanik mięśni. Pęcherz i odbytnica prawidłowo się zachowywały. Po pewnym czasie nastąpiło polepszenie w nerwach mózgowych, a za to nastąpiło pogorszenie w nerwach kończyn i zajęte zostały dotąd nienaruszone mięśnie oddechowe. W trzy miesiące po rozpoczęciu się choroby rozpoczęła się poprawa tego groźnego stanu, a w czwartym miesiącu nastąpiło zupełne wyleczenie. Leczenie polegało na dyjecie pożywnéj, podawaniu żelaza i przebywaniu na świeżem powietrzu.

Autor zwraca uwagę na następujące okoliczności:

1) rekonwalescencyja po błonicy była z początku bardzo zadowalająca, a mimo tego przyszło późniéj do porażeń i to tak rozległych; 2) droga, za pomocą któréj jad błonicowy z miejsca pierwotnego rozszerza się w ustroju, jest dwojaką: a) za pomocą naczyń limfatycznych i krwionośnych (zapalenie nerek, zapalenie mięśnia sercowego); b) drogą nerwów i to w kierunku odśrodkowym i dośrodkowym. Najwcześniéj zostają zajęte nerwy, leżące blisko miejsca pierwotnie zajętego, a dopiero późniéj nerwy daléj leżące; 3) porażenia błonicowe są następstwem zapalenia nerwów powstałego skutkiem jadu błonicowego (*neuritis toxica migrans*). (*Virchow Arch.* CXV., 3, 1889).

Choroby kobiece.

Prof. Küstner: **O leczeniu krwotoków poporodowych.**

W przypadkach krwotoków powstałych skutkiem atonii macicy, gdy znane sposoby nie prowadzą do celu, używa K. tamponady jamy macicy gazą jodoformową. Ta nietylko pobudza macicę do skurczów, ale wprost uciska miejsce krwawiące. Autor 8 razy wykonał tamponadę zawsze z bardzo dobrym skutkiem. Także w razach, w których źródło krwotoku wykazać się nie daje, radzi wykonać tamponadę całego narządu rodnego, gdyż w ten sposób najprędzéj można usunąć krwotoki, pochodzące z miejsc pękniętych w szyi macicy i pochwie. (*D. med. Woch.* 1, 1890). *Dr. Süsskind.*

Choroby uszne.

Dr. Baumgarten (Peszt): **O zaletach i wadach używania kokainy w leczeniu chorób usznych.**

B. doświadczał kokainy w kilku przypadkach szumu w uszach i potwierdza spostrzeżenia Riesselbacha, że w niektórych przypadkach można za pomocą tego leku osiągnąć bardzo dobre wyniki. Żadnego skutku kokaina nie sprowadza w przypadkach stwardnienia lub głuchoty po chininie. W nieżycie przewlekłym ucha środkowego widział B. bardzo dobre wyniki po wstrzykiwaniach 5% rozczynu kokainy do jamy bębenkowéj cewnikiem po bezskutecznem poprzedniem użyciu rozlicznych sposobów leczenia. Szczególnie szmery tętniejące ustępowały po takiem leczeniu. W ostrych sprawach oddaje wprawdzie kokaina bardzo dobre usługi, jednak B. teraz jéj bardzo rzadko w takich przypadkach używa z powodu łatwo występującego zatrucia. Inne działanie kokainy polega na tem, że sztuczne bębenki, które B. zwykł sobie przyrządzać z waty i używać w celu polepszenia słuchu, nigdy takiego skutku nie miały, jak wtedy, gdy były zmaczane w 5—10% rozczynie kokainy. Nawet wtedy, gdy ropienie jeszcze nie ustało zupełnie i innych rozczynów, w które błony te maczano, nie znoszono, bębenki takie kokainą napojone zawsze bez szkody w uchu pozostawać mogły. Działanie łatwo można tłómaczyć tem, że ten środek sprowadza ściągnięcie się naczyń krwionośnych i następowo też zmniejszenie się obrzmienia błony śluzowéj, wskutek czego drganie kostek słuchowych jest ułatwionem. W końcu donosi B. o jednym przypadku zatrucia jako dowód, jak łatwo w zapaleniach śródusznych za pomocą kokainy intoksykacyję wywołać można. W jednym przypadku świeżego przedziurawienia błony bębenkowéj, wypełnionego czopkiem woskowca wystąpiło po wystrzyknięciu i wydobyciu czopka silne przekrwienie całéj błony śluzowéj ucha środkowego i resztki błony bębenkowéj. W celu zapobieżenia możebnemu ropieniu wpuszczano 2—3 krople 5-procentowego rozczynu kokainy do ucha. Po kilku sekundach znikło wprawdzie przekrwienie, lecz wystąpił zawrót głowy, zataczanie się, ból głowy, wymioty i t. d., z których chory w krótce przyszedł do siebie. Z tego powodu unika B. stósowania tego środka tak w uchu zewnętrznem, jak również przez trąbkę Eustachiusza u osób drażliwych w ostrym okresie choroby usznéj. (*Monatschrift f. Ohrenheilk.*, 1890, Nr. 2). *Dr. Spira.*

Choroby weneryczne.

Fredet: **Przypadek kiły późnéj u dziecka.**

F. donosi o przypadku kiły dziedzicznéj, któréj objawy wystąpiły późno, tj. dopiero w czwartym miesiącu u dziecka pewnéj mamki, która je powierzyła innéj mamce na wsi. Dziecko to, okazujące wrzodziejące kiłaki skórne, kłykciny, sapkę itd. zaraziło mamkę swoję, która okazywała na obu sutkach owrzodzenia, uważane przez F. za pierwotne wrzody kiłowe; gruczoły pachowe były mocno obrzmiałe, a objawów ogólnych jeszcze nie było. F. zwraca uwagę na znaczenie takich przypadków co do możności umieszczania dzieci po wsiach dla wykarmienia; w wiosce, w któréj raz takie udzielenie choroby się przydarzyło, wzbraniają się kobiety często jeszcze przez wiele lat przyjmować dzieci. Jako środek przeciw wspomnianym niedogodnościom poleca F. lepsze opłacanie mamek w ogóle, jako też jak największą pewność co do stanu zdrowia dzieci oddanych na wieś. Gwarancyję zdrowia nie osiągnie się świadectwem lekarskiem, lecz przez posyłanie dzieci na wieś dopiero po trzecim lub czwartym miesiącu, w którym to czasie kiła dziedziczna w największéj liczbie przypadków występuje; aż do tego czasu można dzieci karmić mlekiem koziem w odpowiednich zakładach. (*Vierteljahr. f. Derm. u. Syph.* Rocznik XX). *Dr. Baschkopf.*

Choroby umysłowe.

Wildermuth: **O obłąkaniu epileptycznem.**

Autor zwraca przedewszystkiem na to uwagę, że choroby umysłowe, które u epileptyków się zdarzają, są przyrody o wiele więcéj różnéj, aniżeli w ogóle jest przyjętem i zwłaszcza odgrywają tu ważną rolę obłąkanie przejściowe bez zaburzeń w świadomości. W ogólności rozróżniają u epileptyków dwojakiego rodzaju obłąkanie, postać przewlekłą t. z. zwyrodnienie epileptyczne i ostrą t. z. obłęd epileptyczny przejściowy. Tę ostatnią dzieli W. na postać z utratą świadomości i z utrzymaną świadomością.

W zwyrodnieniu epileptycznem napotykamy: śpiączkę epileptyczną (*sopor*), która zwykle następuje po ciężkich napadach kurczowych, pomięszanie epileptyczne przypomina-

żliwem się okaże, należy dążyć do urządzenia osobnych boisk i miejsc do zabawy dla młodzieży szkolnéj.

Nadto przestrzegać należy następujących postanowień: 1) Aż do następnego zarządzenia powinna się odbyć we wszystkich szkołach średnich w ciągu pierwszego półrocza każdego roku szkolnego konferencyja ogólna całego grona nauczycielskiego, z udziałem nauczyciela gimnastyki, celem stwierdzenia, czy i o ile zakład odpowiedział wymaganiom w niniejszym rozporządzeniu postanowionym, ewentualnie zaś celem zastanowienia się nad tem, co daléj zarządzić należy. 2) W głównych sprawozdaniach rocznych należy wyszczególnić, co w myśl niniejszego rozporządzenia w każdym zakładzie szkolnym zarządzono. 3) Istniejące urządzenia i wydane na polu nauki gimnastyki rozporządzenia należy w sprawozdaniach szkolnych (programach) w osobnym rozdziale omawiać. 4) Krajowi inspektorowie szkół średnich mają osobiście przekonać się o zarządzeniach, jakie w każdym zakładzie pod względem nauki gimnastyki poczyniono i o spostrzeżeniach swoich w sprawozdaniach do ministerstwa oświaty zdać sprawę.

Któż nie przyklaśnie temu rozporządzeniu, które, u nas przynajmniéj, stanowiłoby erę, gdyby było należycie wykonywane i gdyby wykonywanie jego było możebném. Bardzo słusznie powiada rozporządzenie, że gimnastyka i hygijena szkolna same przez się nie wystarczają; tem mniéj zapewne nie wystarczają one, kiedy ich wcale niema. Któż kiedy słyszał u nas w gimnazyjach o jakiejś hygijenie szkolnéj lub o gimnastyce; czy w ogóle zasady hygijeny dają się przeprowadzić w gmachach ciasnych i brudnych, będących wzorem, jak gmach urządzony być nie powinien, bo też nasze gimnazyja zasługują na grecką swoją nazwę, jak *lux a non lucendo.* Czy przy obecnym systemie naukowym w ogóle możebnem jest uwzględnienie zasad higijeny, skoro chłopiec przez 4—6 godzin przesiaduje w sali, a powróciwszy do domu ślęczeć musi nad słownikiem greckim i uczyć się przez 8 lat języków klasycznych w taki sposób ponętny, że ukończywszy szczęśliwie gimnazyjum, zazwyczaj umie niesłychanie mało łaciny a po grecku często porządnie czytać nie umie. Gdzie czas do gimnastyki, do ślizgawki, pływania, w ogóle do hartowania się, któż czuwa nad czystością jego ciała? Od kształcenia Diogenesów nie umiejących po grecku aż do zbawiennego systemu, wskazanego reskryptem ministeryjalnym, krok bardzo daleki. A jednak krok ten uczynić potrzeba koniecznie, aby młodzież nasza nie zmarniała; potrzeba atoli i zmiany całego systemu nauczania, potrzeba i ludzi, którzyby się umiejętnie młodzieżą opiekowali. U nas państwo zbrodniarzom nie odmawia dozoru lekarskiego, a młodzież szkolna, nadzieja państwa i kraju, pozostaje bez opieki lekarskiéj. Obok zmiany systemu wypadałoby zatem ustanowić lekarzy szkolnych, którzyby praktycznie zasady higijeny zastosowali i byli doradzcami dyrekcyj szkolnych. Do kwestyi téj arcyważnéj jeszcze powrócimy i chętnie otworzymy szpalty naszego pisma kolegom, których sprawa zajmuje.

* Na wczorajszem posiedzeniu Towarzystwa lek. krak. miał Dr. Podgórski wykład o nowéj metodzie Bassiniego doszczętnego leczenia przepuklin pachwinowych i przedstawiał chorego po herniorafii; następnie wygłosił Dr. Starachowicz zapowiedziany wykład o miejscowem leczeniu gruźlicy krtani.

* Na ostatniem posiedzeniu swem Wydział lekarski U. J. zamianował Drów Maks. Cerchę i Stanisława Karpińskiego asystentami na dalsze 2 lata, pierwszego przy klinice położniczo-ginekologicznéj, ostatniego przy katedrze anatomii opisowéj.

* W tygodniu 40-tym (od 5—11 paźdz.) było w Krakowie małżeństw 14, urodzin 61, skonów 29 (19·74), w szczególności z dławca, gruźlicy, zap. płuc i nieżytu żołądka i jelit po 3 przyp.

* Komisyja sanitarna w Sejmie ukonstytuowała się, wybrawszy przewodniczącym posła Romera, zastępcą posła Lenartowicza a sekretarzem Dra Olpińskiego. W biórze tem tylko sekretarz jest lekarzem, a przecie rozchodzi się o ustawę sanitarną gminną!

* We Wiedniu na mocy przyzwolenia cesarskiego z d. 10 b. m. urządzoną zostaje tymczasowa trzecia klinika lekarska, a kierownictwo jéj otrzymał prof. nadzw. Leopold Schrötter, który równocześnie zamianowany został prof. zwyczajnym.

* Zwierzchność gminna w Podkamieniu pod Brodami potrzebuje lekarza. Dochody stałe wynoszą około 600 złr., praktyka rozległa tak w miasteczku, liczącem 4000 mieszkańców dosyć zamożnych, jako też w 20 wsiach okolicznych. Posadę można objąć każdéj chwili. Bliższych wiadomości udzieli Redakcyja.

— Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 18. b. m. pod przewodnictwem Prezydenta miasta posiedzenie, na którém przedewszystkiem ułożono w myśl uchwały Rady miejskiéj listę lekarzy z poza Rady do komisyi sanitarnéj zaprosić się mających. Fizyk miejski podał do wiadomości liczby odnoszące się do chorobliwości i śmiertelności w Krakowie od 1. Kwietnia do 30. Września 1890, z których się pokazuje, iż umarło w tych miesiącach po kolei 246, 234, 251, 225, 209 i 219 osób, między tymi obcych 70, 79, 75, 71, 67 i 56. Wykładnik śmiertelności wynosił dla tych miesięcy po kolei z obcymi 38·9, 37·0, 39·7, 35·6, 33·1 i 34·6, bez obcych 27·8, 24·5, 27·8, 24·3, 22·4 i 25·8. Wykładnik śmiertelności, jak zawsze, tak i w tych miesiącach był znacznie wyższy dla chrześcijan, niż dla izraelitów. Procent zmarłych na choroby zakaźne wynosił w téj saméj kolei miesięcy 15.0, 13·2, 21·9, 24·4. 23·9 i 16·1. Z ważniejszych chorób umarło: z ospy jedna osoba (w Sierpniu), z odry: 7, 5, 7, 11, 13 i 10, z płonicy: 5, 2, 5, 12, 4 i 5, z tyfusu brzusznego 2, 2, 5, 1, 2 i 3, z tyfusu osutkowego: w kwietniu nikt, następnie 4, 4, 7, 1, we wrześniu nikt, ze suchot płucnych 52, 49, 43, 39, 37 i 34, ze zapalenia płuc: 44, 45, 43; 26, 17 i 27 osób Na koszt miasta zaszczepiono krowianką w obwodach: pierwszym 173, w drugim 313 a trzecim 830 dzieci, z czego się pokazuje, iż ludność izraelicka najlepiéj pojmuje znaczenie i wartość szczepienia. Z użytych do szczepienia krowianek najlepszą okazała się krowianka Haya w Wiedniu. W sprawie łączenia rynien dachowych z kanałami oświadczono się za utrzymaniem pierwotnéj uchwały Rady miejskiéj z 10. Czerwca 1886 z bardzo małemi ograniczeniami. Orzeczono przychylnie w sprawie budowy szpitalnego domu przedpogrzebowego na cmentarzu miejskim. Przychylono się jednomyślnie do opinii fizyka miejskiego Dra Buszka, ażeby ze względu na zdrowie kandydatek egzamina wstępne do seminaryjum nauczycielskiego żeńskiego odbywać się mogły przed wakacyjami. Sprawę zapobiegania trwale pojawianiu się wścieklizny u psów w Krakowie, przekazaną przez Sekcyję piątą Rady miejskiéj, oddano celem przedstawienia wniosków osobnéj podkomisyi. R. m. Dr. Domański poruszył konieczność zaradzenia nader szkodliwemu zakażeniu powietrza gazami kanałowemi w niektórych salach gmachu szkolnego u św. Scholastyki, jak również potrzebę systematycznego badania powietrza w salach wykładowych miejskich gmachów szkolnych, celem urządzenia w razie potrzeby odpowiedniej wentylacyi. Obydwa te wnioski przyjęto a do przeprowadzenia ich wyznaczono osobną podkomisyję, mającą działać w porozumieniu z dyrekcyjami szkół. Instrukcyje odnoszące się do desinfekcyi rzeczy i mieszkań zakażonych przekazano fizykowi miejskiemu do ponownego przejrzenia i poprawienia w razie potrzeby na podstawie najnowszych instrukcyj berlińskich, jako najdokładniejszych. Na têm posiedzenie zakończono i postanowiono ze względu na nawał materyjałów do obrad zebrać się niezadługo.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

P. **Dr. E. K. w Pradze**. Prosimy o dalsze referaty. — **Dr. E. w K.** Referatów nie otrzymaliśmy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę II-go elewa bezpłatnego przy klinice lekarskiéj. Podania wnosić należy najpóźniéj do 15 Listopada b. r. do kancelaryi Dziekana Wydziału lekarskiego.

Kraków, 22 Października 1890.

Dr. Rydel.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 1 Listopada 1890. Nr. 44.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam, 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. O wycinaniu macicy.

Wykład miany na II-gim zjeździe chirurgów polskich w Krakowie

przez

Prof. L. Rydygiera.

Sz. Panowie! Uderzyć musi każdego z nas nie mało, że istnieje jeszcze różnica zdań w leczeniu operacyjném cierpienia tak częstego, jakiem jest rak macicy, który jak wiadomo jeszcze częściéj nawiedza kobiety, niż rak sutka, a zabiera jednę trzecią wszystkich kobiet, umierających na raka. Należy się więc zastanowić nad środkiem, za pomocą którego możnaby uratować pewną część nieszczęśliwych tych ofiar, — daléj jeżeli środków tych jest więcéj, który z nich można uważać za najlepszy? Pytanie to zajmowało w ostatnich latach dość często zebrania najpoważniejszych towarzystw rozmaitych narodów. Cieszyłbym się, gdyby i nasze zjazdy przyczyniły się do rozwiązania téj ważnéj, a nierozstrzygniętéj dotychczas kwestyi i dlatego zabrałem w tem zgromadzeniu dzisiaj głos, żeby wywołać dyskusyję nad tym tak ważnym przedmiotem.

Nie miejsce tu potemu, aby rozwodzić się nad anatomiją patologiczną i rozpoznaniem raka macicy. Wystarczy zaznaczyć, że za Schroederem i Rugem wszyscy odróżniają rakowca części pochwowéj, raka szyjki i raka trzonu macicy. Dodam tylko, że rozpoznanie w samych początkach bywa nieraz trudne, że w takich przypadkach należy wyciąć kawałek klinowaty z części chorych, zbadać pod mikroskopem, nie ograniczając się do kilku powierzchownie zeskrobanych strzępków, chociaż i takie postępowanie we wyjątkowych przypadkach nie chroni zawsze na pewno od pomyłek, a przynajmniéj wymaga specyjalnéj biegłości badania właśnie tych części. (Landau). Tyle atoli można twierdzić, że obserwacyja i badanie kliniczne razem z badaniem mikroskopowem dość wcześnie na pewno dozwala wykryć istotę cierpienia, żeby w czasie odpowiednim przedsięwziąć leczenie jedynie skutecznie, t. j. operacyjne. Niestety rzadko kiedy dostajemy chore w tym okresie. Korzystam więc ze sposobności, żeby zaznaczyć, że rak macicy w początkach jest radykalnie uleczny, a nawet przedstawia lepsze widoki pod tym względem, niż raki innych okolic, bo dość długo ogranicza się do miejsca powstania, późno stosunkowo zajmuje gruczoły i wyjątkowo tworzy przerzuty do dalszych narządów.

Twierdzenie to moje opieram na doświadczeniu najpoważniejszych mężów: Schroederowi żyło z 46 takich operowanych po czterech latach jeszcze 19, więc przeszło 41% bez recydywy i zupełnie wyleczonych; Martin ogłasza przypadki, gdzie po 6-ciu latach stwierdzano zupełne wyleczenie, a wyleczenie trwające dłużéj niż 2 lata, które zwykle uważa się za radykalne, oblicza na przeszło 70%; Olshausen podaje przypadek raka szyjki macicy, w którym po całkowitém wycięciu tego organu przez pochwę jeszcze po $9^1/_2$ latach niema recydywy. Nawet po wypaleniu żelazem nowotworu i po operacyi pętlą galwanokaustyczną mamy dość liczne przypadki zupełnego wyleczenia z dawniejszych czasów. I tak podaje Pawlik z kliniki K. Brauna, że dłużéj niż 2 lata po operacyi wyleczonych mieli 2%, a pomiędzy temi dwie jeszcze przed 12 laty były operowane, jedna zaś przed $19^1/_2$ roku. Jeżeli do tego dodamy małe, niebezpieczeństwo bezpośrednie po tych operacyjach, gdyż śmiertelność jest nadzwyczaj niską, to tem dosadniéj uwidocznia się obowiązek, żeby lekarze jak najwcześniéj starali się rozpoznać należycie cierpienie i zalecali odpowiednią operacyję. Zaznaczyć wprawdzie musimy, że niezawsze lekarze są winni temu, że chore tak często zbyt późno zgłaszają się do operacyi i bywa, że chore same nie mając w początkach żadnych albo tylko nieznaczne dolegliwości, późno szukają porady lekarskiéj, a nieraz otrzymawszy należytą, jeszcze przed zabiegiem operacyjnym zwlekają.

Przystąpmy teraz do najważniejszego pytania: Jakaż operacyja najwięcéj zaleca się w raku macicy? Dla chirurga odpowiedź tu nietrudna: ta, która najradykalniéj usuwa cierpienie. Jeżeli w raku sutka nigdy nie kusimy się pozostawić części przyrządu, jeżeli w raku innych przyrządów n. p. nerki, jądra i t. d. gdzie tylko można, staramy się wyciąć cały organ wraz z nowotworem, to nie widzę przyczyny, dlaczegoby w raku macicy inaczéj postępować. Co do raka trzonu macicy jakoteż i szyjki zdania są jednakowe, gdyż wszyscy zalecają całkowite wycięcie macicy. Nawet Schroeder zgadza się w zasadzie na takie postępowanie, i tylko wyjątkowo uważa za wskazaną w przypadkach raka szyjki amputacyję dolnéj części macicy (tak zwaną przez niego *amputatio supravaginalis*). Sprzeczność zdań istnieje tylko co do postępowania w rakowcu części pochwowéj. Schroeder i jego szkoła przemawia w tych przypadkach stanowczo za amputacyją. Martin, Olshausen i obecnie pewnie już większa część ginekologów i chirurgów za wycięciem całéj macicy.[1]) Zwolennicy częściowych operacyj, do których prócz Schroedera amputacyi nadpochwowéj, zaliczamy amputacyję pętlą galwanokaustyczną, wyskrobywanie z następowem przyżeganiem rozpalonem żelazem, tylko że te operacyje jeszcze mniéj pewniejsze wyniki dają — powtarzam zwolennicy częściowych operacyj podają jako przyczyny, przemawiające na ich korzyść następujące okoliczności: 1-mo twierdzą, że rakowiec części pochwowéj nigdy albo bardzo późno na szyjkę i trzon macicy przechodzi, z czego wnoszą, że nie należy okaleczać kobiet, wycinając macicę, któraby mogła jeszcze posłużyć do dalszego rozmnażania rodu ludzkiego; 2-do wycinanie całkowite macicy ma być według nich niebezpieczniejsze niż amputacyja.

Nie lekceważę sobie wcale zadania macicy, ale przyznacie Panowie, że w przypadkach raka zadanie to macicy zwykle już bywa spełnione albo czas do spełnienia już minął. Rozchodzi się prawie zawsze o osoby już starsze, które zwykle dość często rodziły. — Zresztą nie jest to wcale korzystną rzeczą dla operowanych z rakiem macicy, żeby po operacyi zaszły w ciążę: przeciwnie, jak wiadomo, stan taki może tylko usposabiać do powrotów złego, a korzyści dla ludzkości zwykle z tego nie ma, bo stosunkowo często następuje poronienie. Jedynie więc przywiązuję wagę do pytania, czy rzeczywiście rakowiec części pochwowéj nigdy nie przechodzi na wyższe części macicy, a powtóre czy i o ile całkowite wycięcie macicy jest niebezpieczniejsze niż częściowa amputacyja? Rozumie się, że gdyby nigdy rakowiec części pochwowéj nie przechodził na wyższe części macicy, natenczas nikt nie miałby prawa zalecać wycięcia całkowitego, chociażby ta operacyja nie była wcale niebezpieczniejszą. Tak jednakowoż nie jest; przeciwnie doświadczenie nie dwuznacznie stwierdziło, że rakowiec może rozszerzyć się na szyjkę, że może tworzyć przerzuty do miąższu trzonu, pominąwszy już to, że w późniejszych okresach nieraz trudno rozstrzygnąć, czy rak wyszedł pierwotnie z szyjki czy z części pochwowéj. Pomijam też zdanie Abla, asystenta Landaua, który twierdzi, iż bardzo często znalazł przy rakowcu części pochwowéj złośliwe zmiany błony śluzowéj, a mianowicie prócz rakowatych zmian zwyrodnienia mięsakowate tkanki śródgruczołowéj. Powiadam, że pomijam to twierdzenie Abla, bo znalazły się głosy poważne, zaprzeczające słuszności jego badaniom, ale i tak nie ulega najmniejszéj wątpliwości, że rakowiec części pochwowéj może się szerzyć i rzeczywiście nieraz, aczkolwiek nie tak często jak rak szyjki, rozszerza się na wyższe części macicy. Jeżeli to przyznamy, natenczas należy wyciąć w każdym przypadku całą macicę, tem więcéj, że operacyja ta w ostatnich czasach wcale nie jest niebezpieczniejszą, niż *amputatio supravaginalis* Schroedera, a nawet w ogóle przedstawia nadzwyczaj małe niebezpieczeństwo. Cieszę się, że pomiędzy innemi oprzeć się mogę na doświadczeniu właśnie polskich operatorów, którzy może jak nigdzie indziéj otrzymali świetne wyniki. Matlakowski na 23 przypadków ogłoszonych nie ma ani jednego przypadku śmierci. Ja sam wycinałem 20 razy macicę przez pochwę. Z tych 4 przypadki operowałem sposobem Freunda i swoim a 16 razy przez pochwę. O pierwszych tu nie mówię, bo jak wiadomo, dziś chyba wyjątkowo i dla szczegółowych przyczyn operujemy *per laparatomiam*. Operacyja to nadzwyczaj niebezpieczna. (Dok. nast.)

[1]) Cieszę się, że na ostatnim zjeździe międzynarodowym wszyscy przemawiali za całkowitém wycięciem; pomiędzy nimi pierwszy referent Williams (z Londynu), daléj Schauta (z Pragi), Pozzi (z Paryża) Olshausen i inni.

II. Dalsze przyczynki do chirurgii jelit.

O pięciu resekcyjach jelit [1]).

Podał

Dr. Roman Barącz we Lwowie.

W roku 1886 ogłosiłem [2]) przypadek pierwotnéj resekcyi jelit wobec przepukliny zgorzelinowéj; od tego czasu miałem sposobność wykonać 4 nowe resekcyje jelit, a mianowicie: dwie z przyczyny sztucznego odbytu, a względnie przetoki kałowéj, jednę wobec częściowéj zgorzeli jelit, jednę celem wyłuszczenia nowotworu jelita ślepego.

Ogłoszenie tych przypadków wydaje mi się być usprawiedliwionem już z tego powodu, że technika operacyjna resekcyi jelit nie jest jeszcze ustaloną; postawienie pewnych reguł, jakich się w podobnych przypadkach trzymać należy, będzie mogło nastąpić dopiero w przyszłości przez porównanie znacznéj liczby przypadków, operowanych różnemi sposobami. Do rozwiązania tej kwestyi przyczyni się także praca doświadczalna przedsięwzięta na znacznym materyjale, do któréj pierwszy impuls dał już N. Senn z Milwaukee.

Przypadki moje były następujące:

I. *Hernia inguinalis incarcerata gangraenosa*; *resectio intestini ilei. Fistula stercoralis, laparotomia, resectio intestini ilei; sanatio.*

Przypadek ten dotyczy dalszego losu chorego operowanego przezemnie w roku 1886 z powodu przepukliny uwięźniętej, zgorzelinowéj. Dla dokładności przytaczam w skróceniu jego dawniejszą historyję choroby.

Kiryło I. z Zawidowic, wyrobnik liczący lat 41, przybył w stanie septycznym dnia 4 sierpnia 1886 r. do szpitala z przepukliną uwięźniętą wielkości dłoni ludzkiéj. Tegoż dnia herniotomija i resekcyja przewrotna jelita, przyczem usunąłem 36 centim. długą petlę zgorzelinową. Dwunastego dnia po operacyi wystąpiła przetoka kałowa, która utrzymywała się przez 11 dni, poczem rana wolno oczyszczała się ze strzępów zgorzelinowych i pokryła się bujną ziarniną

[1]) Według wykładu wygłoszonego na I. Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie dnia 16 października 1889 r. [2]) *Przegląd Lekarski* Nr. 41 i 42.

i w półtora miesiąca po operacyi (w chwili ogłoszenia tego przypadku) rana była na zabliźnianiu, a chorego przedstawiłem na posiedzeniu Tow. lekarskiego z dnia 9 październik 1886 r. jako będącego na wyleczeniu. Odtąd chorego nie widziałem z przyczyn odemnie niezależnych, dowiedziałem się jednak, że w 2 miesiące po operacyi powstała u niego przetoka kałowa na nowo, która pomimo stosowania przeżegań kamieniem piekielnym i ucisku nie miała dążności do zabliźnienia się.

Chory po opuszczeniu szpitala zgłosił się do mnie dopiero dnia 24 kwietnia 1887 r. w stanie następującym: Znacznie wychudły, niedokrewny; na 2 ctm. powyżéj prawego więzu Pouparta w środku przebiegu tegoż znajdowały się 2 przetoki włosowate, około 1 ctm. od siebie oddalone, otoczone tkanką ziarninową około 7 ctm. w głąb w tym samym kierunku do światła jelita drążącą. Blizna po herniotomii przedstawiała białą pionowo przebiegającą smugę, na przedniéj powierzchni prawego worka mosznowego; palpacyja wykazywała na całym przebiegu blizny zbitą tkankę łączną. Brzuch przedstawiał przy perkusyi większą nieco odporność tkanin i przytłumienie odgłosu po stronie lewéj w dole, również większą wrażliwość przy omacywaniu tych części. Chory prosił usilnie o wykonanie operacyi radykalnej, podając, iż od czasu do czasu pojawia się w przetokach kał wśród bólu w brzuchu i parcia na stolec, skutkiem czego czuł się mocno osłabionym. Stan ten był bardzo nieprzyjemnym z powodu ciągłych zanieczyszczań się kałem.

Celem usunięcia tych przetok wykonałem dn. 1 maja 1887 roku operacyję plastyczną sposobem Dieffenbacha, to jest odświeżyłem brzegi przetok możliwie głęboko i pokryłem szerokim mostowym płatem, wziętym z tkanki podskórnéj sąsiedztwa rany. Irrygacyja sublimatem; opatrunek jodoformowy; poleciłem zupełny spokój, *tinct. opii* wewnętrznie i ścisłą dyjetę. Już 3 maja wieczorem wśród parcia pojawił się kał w opatrunku, a przy zmianie tegoż d. 4 maja znalazłem przetokę w dolnéj ranie, w kilka dni późniéj zaś i w górnéj. Operacyje plastyczne dodatkowe następnie kilkakrotnie wykonane, mające na celu zbliżenie dokładne odświeżonych nowo powstałych przetok kałowych, nie odniosły żadnego skutku pomimo zachowania pedantycznego wszelkich ostrożności w dyjecie. Celem ułatwienia odchodzenia wiatrów wprowadzono choremu stale gruby $\frac{1}{4}$ metra długi dren do odbytnicy, co sprawiało mu znaczną ulgę. Rany opatrywano co 3 dni, przyczem stosowano ucisk; kał znajdowano w opatrunku prawie do końca maja. Od początku do końca czerwca kału nie napotkano w opatrunku ani razu; od połowy pod koniec czerwca pojawiał się takowy coraz częściéj i w coraz większéj ilości. Z końcem czerwca 1887 r. chory opuścił Lwów z dwiema przetokami z poleceniem silnego uciskania opaskami brzucha w okolicy przetok i brania kąpieli rzecznych. Dnia 14/8 1887 roku zgłosił się ponownie z przetokami niezabliźnionemi, nadto powyżéj lewego więzu Pouparta powstał w powłokach brzusznych owalny, płaski, bardzo twardy, przy ucisku nieco bolesny obrzęk zapalny około 10 ctm. w kierunku pionowym, a 6 w kierunku poprzecznym wynoszący, sięgający prawie do połowy odległości pomiędzy pępkiem a więzem Pouparta. Odgłos wypukowy powyżéj pępka (nadbrzusze) bębenkowy, poniżéj pępka (podbrzusze) stłumiony. Chory czuł po każdem jedzeniu ból w okolicy obrzęku po lewéj stronie brzucha i uważał często odchodzenie powietrza i kału przetokami. Podczas pobytu na wsi miał kilkakrotnie stolec rzadki, wywołany najczęściéj Hegarem.

Przypuszczając, że przetoka znajduje się w dolnéj części jelita cienkiego i podejrzywając ostrogę z następowem znacznem zwężeniem jelita, postanowiono wykonać następową resekcyję miejsca zwężonego. W tym celu przygotowano chorego w zwykły sposób do laparotomii, którą wykonano 18 sierpnia 1887 roku. W narkozie chloroformowéj poprowadzono warstwowe ukośne cięcie powyżéj blizny po plastyce do 12 ctm. długie przez mięśnie brzucha aż do otrzewnéj, przyczem podwiązano krwawiące naczynia po obu brzegach rany. Dość znaczne zrosty z jelitem oddzielono tępo palcem, poczem stwierdzono z łatwością twardy postronek w dolnym odcinku rany, należący do przetok. Zrosty oddzielono częścią tępo paznogciem, częścią przecięto nożem chrząstkowato twarde utkanie. Na zgłębniku rowkowanym przecięto oba mostki przetoki i wyskrobano łyżeczką Volkmanna. Z powodu silnéj opozycyi ze strony asystujących kolegów zmuszony byłem odstąpić od założonego planu wycięcia jelita, odświeżyłem tylko brzegi przetoki za pomocą nożyczek zakrzywionych i założyłem 3 szwy Lemberta na otwór przetoki (operacyja Denouviliera). Drenowanie rany, szew kuśnierski i materacowy; opatrunek jodoformowy, ścisła dyjeta, krople opijowe.

Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy; rana zgoiła się *per primam* z wyjątkiem miejsc dla drenów, które usunięto 6-go dnia po operacyi; od drugiego dnia po operacyi uskarżał się chory na ból w ranie. W 5 dni po operacyi miał po podaniu olejku rącznikowego pierwszy stolec gęsty, mocno cuchnący. Od czasu usunięcia drenu i pasma gazy jodoformowéj uważał odchodzenie wiatrów przez ranę; stolec wywoływano podawaniem oleju rącznikowego; kału w ranie ani razu po operacyi nie zauważono.

Dnia 10 września 1887 roku opuścił Lwów z granulującemi rankami w miejscach, które drenowano, z poleceniem ścisłego przestrzegania dyjety, częstego używania oleju rącznikowego i stosowania Hegara. Miał zgłosić się w listopadzie. Obrzęk twardy nad lewym więzem Pouparta znacznie zmalał i zmiękł tak, że z trudnością dawał się wykazać; takowy zwiększał się zawsze, kiedy chory więcéj chodził.

Zgłosił się dopiero 18 grudnia w następującym stanie: Żółto blady, wychudły; w środku prawego więzu Pouparta przetoka prowadząca w kierunku ku wewnątrz i ku górze do światła kiszki. W dolnéj części okolicy podbrzusznéj lewéj w powłokach brzusznych obrzęk płaski, zaczerwieniony, bardzo twardy, wielkości męskiéj dłoni, sięgający blisko do kolca biodrowego przedniego górnego (*spina anterior sup.*). W obrzęku tym w kilku miejscach ropnie i przetoki. Okolica dolna podbrzusza przy ucisku bolesna; odgłos wypukowy wszędzie bębenkowy. Nad obrzękiem dla bolesności wstrzymano się od opukiwania.

Z wywiadów można się było dowiedzieć co następuje: Przez 2 tygodnie po odjeździe chorego ze Lwowa nie wydzieliła się ani kropla kału z przetoki, poczem takowy począł się wydobywać. W lewéj stronie podbrzusza powstał na nowo powoli wśród bólu wzrastający obrzęk w miejscu dawnego stwardnienia, który pękł, poczem odejść miała spora ilość ropy. Zażywanie kropli opijowych sprawiało choremu znaczną ulgę przez zmniejszenie parcia ku przetokom. Dren trzymał ciągle w kiszce odchodowéj, gdyż po usunięciu tegoż czuł ból i wiatry odchodziły przez ranę. Chorego umieszczono w szpitalu w Żółkwi celem wykonania następowéj resekcyi jelita. Dnia 11 stycznia 1888 roku, gdy stan ogólny nieco się poprawił, celem usunięcia obrzęku po lewéj stronie brzucha wykonałem najpierw wstępną operacyję w narkozie chloroformowéj, polegającą na przecięciu obrzęku w kształcie litery ⊤ i wyskrobaniu serowatych granulacyj łyżeczką Volkmanna. W przeciągu miesiąca rana ta zabliźniła się i dnia 15 lutego 1888 r. po odpowiedniem przygotowaniu chorego wykonałem wreszcie laparotomiję w narkozie chloroformowéj przy łaskawéj asystencyi doktorów Muszkieta, Berggrüna, Drzymalika i Szapiry. Cięcie poprowadzono ukośne, równoległe do więzu Pouparta około 3 ctm. powyżéj tegoż począwszy od *spina anterior superior* prawie aż do spojenia łonowego sięgające, około 16 do 17 ctm. długie. Powłoki brzuszne nacięto warstwowo aż do otrzewny ściennéj, podwiązując obustronnie dokładnie krwawiące tętnice. Po otwarciu otrzewny ściennéj okazała się przyrosła sieć w dnie rany, którą w 2 porcyjach podwiązano i na poprzek przecięto. Pod siecią leżące jelito było ze wszech stron do ścian brzusznych przyrośnięte, częścią za pomocą wiotkiéj, częścią zbitéj tkanki łącznéj; liczne zrosty częścią poprzerywano palcem, częścią przecięto nożyczkami Coopera. Gdy przerywanie silnych zrostów w miejscu odpowiadającem przetoce w wewnętrznym odcinku rany wydało się bardzo utrudnionem, przecięto na poprzek mięsień prosty brzucha, przytem zraniono i podwójnie podwiązano mocno

rozszerzoną tętnicę podbrzuszną dolną (*A. epigastrica inferior*). Po przecięciu nożyczkami Coopera silnych chrząstkowatych zrostów przy wewnętrznym końcu przetoki naddarło się ramię odwodzące kiszki w miejscu ostrogi, dlatego zamknięto natychmiast prowizorycznie światło tegoż dużemi kleszczami Péana z końcami powleczonemi drenami. To samo stało się z drugiem ramieniem dowodzącem. Przy oddzielaniu zrostów naddarła się również błona surowicza jelita powyżéj ramienia dowodzącego. Naddarcie to długości 1 ctm., przechodzące tylko przez zgrubiałą błonę surowiczą zeszyto kilkoma szwami Lemberta. Zoryjentowanie się było bardzo utrudnionem wobec mnóstwa zrostów i zgrubienia znacznego kreski, któréj grubość dochodziła do wymiaru 3 ctm. Dopiero po zupełnem oddzieleniu zrostów pętli kiszkowych spostrzeżono, że prowizorycznie kleszczami Péana zamknięte otwory kiszkowe były rozerwanemi koncami miejsca dawnéj resekcyi. Ramię odwodzące przedstawiało zwężenie, przez przez które nie można było przeprowadzić palca małego; było to miejsce pierwszéj enterorafii, a tworzył je koniec jelita cienkiego w odległości około 4 ctm. od wejścia takowego do kiszki ślepéj, t. j. od zastawki Bauhina. Po przestrzykaniu jamy roztworem sublimatu 1:5000 i odświeżeniu brzegów wolnych szpary w zgrubiałéj kresce [1]) i podwiązaniu większych krwawiących naczyń tejże ujęto oba ramiona uciskadłami Rydygiera. Na ramieniu odwodzącem musiano założyć uciskadło na jelito ślepe dla braku miejsca na jelicie cienkiem. Odcinek jelita cienkiego wynosił zaledwie tylko 4 ctm. Resekowano około 3 ctm. z ramienia do- i odwodzącego, zatem razem 6 ctm. Po dokładnem zbliżeniu obu odcinków okazywał odcinek dowodzący nieco większe światło, dlatego wykonałem dilatacyję tegoż palcami wprowadzonemi aż po zastawkę Bauhina. W ten sposób i zastawkę Bauhina rozszerzyłem palcami. Założyłem następnie pierwszorzędne węzełkowate szwy Czernego od wewnątrz sposobem Wölflera w znaczniejszéj części obwodu odcinków, resztę szwów Czernego pierwszorzędnych założyłem od zewnątrz. Po dokładnem zeszyciu w ten sposób obu odcinków, przyczem szczególnie gęste założono szwy w miejscu przyczepienia kreski, zbadano przez inspekcyję miejsca szwów, przyczem zauważono kruczenie w jelicie; szwy trzymały dostatecznie; założono takowych około 25; na te nałożono szwy drugorzędne sposobem Lemberta i to częścią węzełkowe, częścią szew kuśnierski. Podczas oddzielania zrostów napotkałem grube pasmo ścięgniste, uczepiające wolny brzeg jelita cienkiego do przetoki; biorąc je zrazu za światło jelita, założono na nie kleszcze Péana i przecięto; po odjęciu kleszczy przekonano się o właściwym stanie rzeczy. Powłoki brzuszne zespojono szwem trójwarstwowym zeszywając osobno otrzewnę, mięśnie i skórę, nadto zbliżono powłoki brzuszne głębokim szwem materacowym. Na przecięty mięsień prosty brzucha nałożono osobno szew węzełkowy. Do szwu użyto jedwabiu; drenowania zaniechano: opatrunek uciskowy jodoformowy. Tętno po operacyi bardzo słabe nitkowate, chory bardzo blady, elewacyja kończyn, autotransfuzyja; choremu podano grog gorący i wstrzyknięto podskórnie eter octowy. Operacyja trwała 4 godziny. Wieczorem tętno 120, pełne; ścisła dyjeta. Ciepłota po operacyi nie podniosła się ani razu do 38°; przez kilka dni po operacyi nadbrzusze było tkliwe i chory czuł lekki ból w temże. Po dwu opatrunkach rana zabliźniła się *per primam intentionem*. Pierwszy stolec oddał 4 go dnia po operacyi.

Dnia 1 maja 1888 r. opuścił szpital. Badanie tegoż dnia we Lwowie uskutecznione wykazało: Cera twarzy zdrowa, dobrze wyglądający i dobrze odżywiony. Brzuch nigdzie nie bolesny. Dolna część podbrzusza po stronie prawéj wzdłuż więzu Pouparta nieco twardsza niż w stanie prawidłowym. Na kilka ctm. powyżéj prawego więzu Pouparta twarda blizna, przebiegająca równolegle do tegoż więzu od kolca biodrowego przedniego górnego blisko do spojenia łonowego; po stronie lewéj podbrzusza również podobna trójkątna blizna w środku zaciągnięta. Chory czuje się zupełnie zdrowym, spożywa wszystkie pokarmy bez bólu, stolec ma prawidłowy. Po opuszczeniu Lwowa przebył 3 milową drogę pieszo i pracował w cegielni przez rok. Podczas tego czasu był kilkakrotnie pieszo we Lwowie; niedawno przebył pieszo 12-milową drogę. Obecnie jest posługaczem szpitalnym w Żółkwi (chorego tego przedstawiłem na zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1888 i na pierwszym zjeździe chirurgów polskich w Krakowie dnia 16 października r. 1889 [1]). (C. d. n.)

[1]) Przy pierwszéj resekcyi kreski nie szyto z powodu głębokiego nacieku w tejże, tylko przepalono termokauterem.

[1]) Korzystny wynik ostateczny tego przypadku zawdzięczam w znacznéj części Drowi Muszkietowi w Żółkwi, który przeprowadził leczenie następowe, za co mu tutaj serdecznie dziękuję.

III. Z pracowni profesora Cornila w Paryżu.

O udziale krwi w powstawaniu produktów zapalnych.

Napisał

Andrzéj Obrzut z Pragi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43.)

Krew w głębi rany się znajdująca w tym okresie (24 godzin) uległa w całości przemianie włóknistéj, któréj rezultatem jest gruba siatka hemoglobinowa, pomięszana bez ładu z siatką chromatynową (włókna szarozielonawe i włókna silnie się barwiące safraniną). Tylko w siatce hemoglobinowéj spotykamy często małe ziarenka chromatynowe. Nigdzie zaś w krwi téj, a raczéj w téj siatce z niéj powstałéj nie widzimy tych leukocytów, z jakich złożoną jest warstwa pomiędzy gruczołem a powłoką z kolodyjum. W brzegach rany ani w warstwie pokrywających przybłonków leukocytów też nie spotykamy. Nie mamy zatem przed sobą następowéj emigracyi leukocytów z brzegów rany do krwi wynaczynionéj na zewnątrz rany.

Koniecznie zatem przypuścić musimy, że ciałka czerwone, które dostały się na zewnątrz rany, przemieniły się w leukocyty. Niewszędzie jednak przyszło do przemiany ciałek czerwonych w wyraźne leukocyty. Często w miejscach przylegających tuż do przybłonków nienaruszonych na powierzchni gruczołu ciałka czerwone są jakby przez wzajemny ucisk powydłużane w podłużne płytki żółtozielonawe. Niektóre z tych płytek barwią się silnie safraniną. Miejscami przeważają płytki barwiące się, lub tylko one się znachodzą.

Odmienne było zachowanie się téj krwi, która dostała się przez powłokę kolodyjum, a którą pokryłem nową warstwą kolodyjum. W tych warstwach krwi wynaczynionéj i zamkniętéj ze wszystkich stron przez kolodyjum ciałka czerwone albo zlały się w jednę masę żółtozielonawą, drobnoziarnistą, w któréj bez ładu rozprószone są jądra okrągławe, podłużne lub płytkowate, obraz żywo przypominający pewne komórki olbrzymie, albo ciałka czerwone zlane w jednę masę, złożoną z samych silnie barwiących się składników identycznych z temi, które silnie zabarwione safraniną znaleźliśmy rozproszone w istocie szarozielonawéj, na kształt jąder w komórce olbrzymiéj. W innych znów miejscach krew dała początek masie jednolitéj, silnie safraniną się barwiącéj i zaopatrzonéj w wakuole. Te ostatnie spotykamy zresztą i w istocie ziarnistéj lub jednolitéj, nie barwiącéj się safraniną.

W doświadczeniach tych mamy nowy dowód, że z ciałek czerwonych wśród pewnych warunków mogą i rzeczywiście powstają ciałka białe.

Niewszystkie jednak ciałka czerwone muszą po opuszczeniu naczyń krwionośnych dać początek istocie chromatycznéj. Pewna ich ilość daje początek włóknom i w ogóle istocie międzykomórkowéj w nowopowstającéj tkance tak, że ciałka czerwone stanowią materyjał dla wszystkich składników, z jakich złożoną jest nowowytworzona tkanka łączną zapalna. Pozostają tylko do bliższego określenia warunki, wśród jakich ta tkanka łączna zawiera raz znaczną ilość jąder, w innym razie daleko mniéj, dlaczego daléj istota międzykomórkowa ma postać zbitą lub wiotką, włóknistą lub jednolitą.

III. O zmianach nowotwórczych i wstecznych w części macicznéj łożyska[1]).

a) *Łożysko ludzkie.*

Część matczyna łożyska, która głównie nas tu zajmuje, tworzy warstwę zewnętrzną tego narządu i ona to pokrywa kosmki *(villosités)* płodowe. Jéj grubość różną jest w tem samem łożysku; w przecięciu mierzy ona $^1/_2$—1 mm., ale nieraz jest i znacznie grubszą. Z tą różnicą w grubości łączą się i pewne różnice w budowie mikroskopowéj.

Znajdujemy tu głównie naczynia krwionośne, komórki kształtów i rozmiarów bardzo różnych i istotę międzykomórkową mniéj lub więcéj obfitą.

Opiszemy najpierw naczynia, t. j. ich ściany i treść, jako też ich bezpośrednie otoczenie. Wiele naczyń krwionośnych nie ma właściwie ścian, są to raczéj zatoki krwiste, ograniczone wielkiemi komórkami. Znajdujemy jednak i takie naczynia, których ściany dochodzą do znacznéj grubości. Jednak jest to przedewszystkiem treść naczyń krwionośnych, t. j. części morfotyczne krwi, które przedstawiają najważniejsze objawy, i które według nas są kluczem do zrozumienia całéj histogenezy łożyska. Dlatego musimy wejść w niektóre szczegóły. Przedewszystkiem nadmienić musimy, że obok zmian w ciałkach czerwonych za życia powstałych mamy i zmiany pośmiertne. W wielkich naczyniach krew zachowywać może wszystkie prawidłowe własności; rozmiary, barwa i kontury ciałek czerwonych mogą nie przedstawiać nic nadzwyczajnego. Nie jestto jednak regułą we wszystkich naczyniach, zwłaszcza nieco mniejszego kalibru, i to w częściach przybrzeżnych. Znajdujemy tu mianowicie uwagi godne rozdzielenie istoty barwiącéj ciałek czerwonych (hemoglobiny). Ta istota nagromadza się na obwodzie ciałek czerwonych, wypełniając zarazem przestwory trójkątne, jakie ciałka pojedyncze od siebie oddzielają i tworząc przez to siatkę, któréj oczka odpowiadają wybladłym ciałkom czerwonym. Niektóre jednak z tych ostatnich zatrzymywały w całości swój naturalny barwik i tworzą jakby zgrubienia *(nodosités)* wśród owéj siatki. Przy samym zaś brzegu naczynia ciałka czerwone zlały się w jednę masę jednolitą, barwy prawidłowéj ciałek, z licznemi nieraz wakuolami, które niczem innem nie są, jeno wybladłemi ciałkami czerwonemi. Przez spływanie wybladłych ciałek czerwonych z sobą, zaniknięcie ich konturów i może wskutek jakiejś retrakcyi otaczającéj istoty jednolitéj, powstają większe odmiany wakuol. Włókienka wyżéj wspomnianéj siatki są albo jednostajne albo delikatnie ziarniste. Ich barwa jest identyczna z barwą prawidłowych ciałek czerwonych, albo wpada w barwę więcéj nasyconą, prawie brunatno-zielonawą. Wreszcie siatka ta okazuje miejscami oddziaływanie istoty chromatycznéj, t. j. barwi się silnie safraniną lub gencyjaną.

Nie są to jedynie objawy pośmiertne, bo obok nich spotykamy inne bardziéj powikłane, których nie możemy inaczéj tłumaczyć jak tylko przez wyższy stopień rozwoju tamtych. W naczyniach o ścianie wyraźnéj znajdujemy bezpośrednie przejście owéj masy przybrzeżnéj jednolitéj w ścianę naczynia. Budowa takich ścian jest często prawie jednostajna z rozprószonemi w niéj leukocytami lub jądrami nieco większemi lub podłużnemi, podobnie jak w warstwie przybrzeżnéj zlanych z sobą ciałek czerwonych spotykamy i w niéj liczne, różnie wielkie wakuole. Barwa właściwa warstwy przybrzeżnéj zlanych ciałek czerwonych w miarę zbliżania się ku ścianie naczynia powoli blednie, aż w saméj ścianie znika zupełnie, tak że właściwie nie można oznaczyć granicy między tą istotą przybrzeżną powstałą z ciałek czerwonych a ścianą naczynia, czyli raczéj tkanką zamykającą zatokę krwionośną. Obrazy takie nie dopuszczają żadnéj wątpliwości, że mamy do czynienia z przemianą ciałek czerwonych w istotę jednolitą przyrody tkanki łącznéj.

W niektórych, i to nawet wielkich naczyniach znajdujemy, że w pewnéj części ciałek czerwonych przyszło do wytworzenia na ich obwodzie siatki chromatynowéj, tuż obok zamiast siatki chromatynowéj widzimy siatkę hemoglobinową. W innéj części przekroju tego samego naczynia naraz zamiast ciałek czerwonych widzimy same leukocyty z istotą chromatyczną, przypominającą obrazy pośredniéj fragmentacyi. Wiemy z poprzednich spostrzeżeń, co ma znaczyć to zjawisko. Zaburzenia w krążeniu, które w łożysku mają liczne przyczyny, mogły dać powód do téj przemiany ciałek czerwonych w leukocyty. W innych naczyniach pewna część ciałek czerwonych przemieniła się w jakąś istotę ciemnobrunatną z licznemi wakuolami, zawierającemi leukocyty. Inna część krwi i to ostro od tamtéj odgraniczona, przemieniła się także w istotę jednolitą lub lekko ziarnistą, ale o wiele jaśniejszą od tamtéj (ciemnobrunatnéj) lub bezbarwną. W innéj wreszcie części naczynia ciałka krwi czerwone nie przedstawiają nic nieprawidłowego.

Przejdźmy teraz do naczyń nie mających własnych ścian, do owych raczéj nieregularnych zatok krwią wypełnionych. Są one ograniczone owemi wielkiemi komórkami, stanowiącemi główną część składową macicznéj części łożyska. Na pierwszy rzut oka możnaby rzec, że krew dostała się następowo pomiędzy te komórki i wywołała w ten sposób owe przestwory krwią wypełnione, tak różne pod względem kształtów i wielkości. Badając bliżéj granicę między krwią a owemi wielkiemi komórkami, znajdujemy takową ostrą, komórki owe nie zdają się mieć żadnego związku z ciałkami czerwonemi, przylegającemi do nich bezpośrednio. W innych jednak miejscach granica ta przedstawia inne własności. W przylegającéj krwi widzimy wśród przyległych ciałek czerwonych siatkę, obejmującą w swych oczkach więcéj ciałek czerwonych i najczęściéj jeden lub dwa leukocyty. Siatka ta widocznie powstała z barwika ciałek czerwonych, które się odbarwiły i miejscami spłynęły w istotę bezbarwną, prawie jednolitą, lub delikatnie ziarnistą, obejmującą jeden lub dwa leukocyty o obrzmiałych jądrach. Włókienka owéj siatki przechodzą bezpośrednio w przylegającą istotę międzykomórkową, ciałka czerwone zlewające się w jednę masę, w oczkach owéj siatki leżące, stanowią początek owych wielkich komórek, których pierwoszcze powstało z przemiany ciałek czerwonych, jądra z leukocytów, a istota międzykomórkowa z barwika, który opuścił ciałka czerwone i dał początek owéj siatce, któréj oczka co do rozmiarów odpowiadają przylegającym wielkim komórkom.

Przejdźmy teraz do opisu tych wielkich komórek, najważniejszego składnika zajmującéj nas warstwy łożyska. Komórki te słusznie można nazwać wielkiemi, dochodzą bowiem nieraz do rozmiarów kolosalnych. Nazwa komórek „olbrzymich" mniéj dla nich odpowiada, bo mają zazwyczaj tylko jedno jądro. Znajdują się jednak obok nich i prawdziwe komórki olbrzymie, t. j. wielojądrowe, ale ich liczba jest zawsze nieznaczna. Pierwoszcze wielkich komórek jest jużto delikatnie ziarniste, jużto prawie jednostajne i tak przeświecające, że czyni wrażenie próżni. Czasem gdy jest ziarniste, widzimy w niem ziarna obok delikatnych i grubsze szarobrunatnawe. W innych razach pierwoszcze to ma wejrzenie delikatnie włókienkowate, a wtedy pośród tych włókienek łatwo odkryć kontury odbarwionych ciałek czerwonych. W jednéj i téj saméj komórce możemy widzieć wszystkie te

[1]) Rozdział ten opracowany jest wspólnie z panem Defay z Brukseli, a jak szanowni Czytelnicy „Przeglądu Lek." zapewne zauważą, znaleźliśmy tutaj zupełnie inne źródło dla istoty chromatycznéj, niż w naszéj pracy w Nr. 24, 25 i 27 tego pisma ogłoszonéj.

rodzaje pierwoszcza, a na samej granicy z zatoką krwionośną widzimy, jak bezpośrednio ciałka czerwone przechodzą w pierwoszcze przylegającéj wielkiéj komórki, przemieniając się w istotę drobnoziarnistą lub jednolitą. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Jaroslav Hlava: Práce z oboru pathologické anatomie a bakteriologie. V Praze 1890, in 8-vo, str. LIV i 190, oraz 2 tabl.

Z powodu zbliżającego się 100-letniego jubileuszu c. k. szpitala powszechnego w Pradze czeskiéj obydwa tameczne Wydziały lekarskie przygotowały prace, celem uczczenia daty téj pamiętnéj. Ze strony Wydziału czeskiego prof. Hlava, jeden z najzdolniejszych i najpracowitszych jego profesorów, wydał zbiór prac z dziedziny anatomii patol. i bakteryjologii, wykonanych przez siebie, asystentów i uczniów swoich po największéj części we własnym zakładzie. Książka składa się z dwóch części: W pierwszéj prof. Hlava daje wykaz sekcyj wykonanych w jego zakładzie w ciągu 6-letniego istnienia; było ich 4274, czyli w przecięciu rocznie 712; daléj zdaje w krótkości sprawę z 51 prac wykonanych w zakładzie w tymże przeciągu czasu, z których 17 pochodzi od niego samego, 9 od rodaka naszego Dra Obrzuta, I-go asystenta i docenta anatomii patol., po 3 od Drów Kilchera i Sumbery, po 2 od Drów Blahy, Krejcego, Pecirki, Hallicha, Stybra, po 1 od Drów Thomayera, Kucery, Slechty, Faktora, Cerycha, Jacobsa i Defoya (ostatnich dwóch Belgijczyków). Część druga obejmuje 8 rozpraw oryginalnych dotąd jeszcze nie ogłoszonych, z których 3 znów jest pióra prof. Hlavy, 2 Dra Stybra, 1 Dra Obrzuta, 1 Dra Kuffnera i 1 Dra Rubeski. Według systemu przyjętego w Sborniku lek., w końcu każdéj pracy umieszczoném jest dokładne *Résumé* w języku francuskim. Rozprawa Dra Obrzuta o udziale krwi w powstawaniu produktów zapalnych drukuje się od kilku miesięcy i w Przeglądzie Lek. Druk, papier i ryciny są znakomite. Niepodobna nam zapuścić się w streszczenie choć ważniejszych prac; poprzestajemy na zwróceniu uwagi kolegów na okazały tom, świadczący dokładnie o działalności młodéj szkoły lekarskiéj pobratymców naszych, o któréj żywotności Niemcy tak bardzo powątpiewali. *L. B.*

Patologija.

Prof. Korányi (Buda-Peszt): **Wpływ ubrania na powstawanie nerki wędrującéj u kobiet.**

Wielu klinicystów, a między innymi i autor, zrobiło to spostrzeżenie, iż od 20 lat nerka wędrująca u kobiet coraz częstszem staje się zjawiskiem. Lindner nawet obliczył, iż co 6-ta kobieta z sfer zamożniejszych na to zboczenie cierpi. Minęły te czasy, kiedy Oppolzer jeszcze nerkę taką za niewinną rzecz uważał; dziś wiemy, że wiele cierpień żołądkowo-kiszkowych, nerwowych, często także polyuryja i hematuryja swój początek téj nieprawidłowości zawdzięczają, skutkiem czego nie wahamy się nawet przedsiębrać tak niebezpieczne operacyje jak *nephroraphia* i *nephrectomia*. Nerka wędrowna według doświadczenia autora może być powodem osłabienia do śmierci prowadzącego, a w praktyce swéj klinicznéj zauważył, iż 2 razy w nerce takiéj wytworzył się rak. Bezsprzecznie jedną z najważniejszych przyczyn powstawania nerki wędrującéj u kobiet jest moda teraźniejsza. Już Cruveilhier potępiał sznurówkę. Nie podlega wątpliwości, że sznurówka nie wpływa dodatnio na zdrowie kobiet, jednak w wiekach poprzednich kobiety sznurowały się bardziéj niż dziś, a mimo to nerki wędrujące nie były tak częste. Między kobietami z sfer wygodnie życie prowadzących także nie często tę nieprawidłowość spotykamy, ale najczęściéj w sferach średnich, w których kobieta modnie ubrana, przecież nie jest zupełnie bezczynną, ale często zmuszoną jest w domowem gospodarstwie pracować. Według autora następujące wady ubrania należą do głównych przyczyn: 1) obwiązywanie i upinanie ciężkich sukien w linii pasowéj wskutek czego następuje obsuwanie się nerki prawéj ku dołowi. Autor ważył pełną toaletę kobiet i tak toaleta letnia, składająca się z sukni, spodnicy, wypychadła czyli turniury, waży 3 klgrm. zimowa bez płaszcza aż 6 klgrm.; 2) Wysokie obcasy i korki u bucików. Punkt ciężkości ciała wskutek tego przechodzi przez oś biodrową, a ciężar całego ciała ku przodowi pochylony na samych palcach stopy spoczywa. Występuje przytem silne wgłębienie i podanie się lędźwiowéj części kręgosłupa, a zatem i całéj téj części brzusznéj ku przodowi. Przy chodzeniu nerka prze na dolne i przednie wiotkie części i obluźnia *lig. ileo-femoralia.* Autor podaje w dalszym ciągu liczne pomiary wielkości wygięcia się lędźwiów, jakie na różnéj wysokości kobietach przy różnéj wielkości obcasów czynił. Na trupie najlepiéj się można o prawdziwości tego twierdzenia przekonać. Nie sznurówka więc jest przyczyną nerki wędrującéj, lecz wysokie obcasy i za nadto wielka waga sukien. (*Br. kl. Wschft.*, 1890, Nr. 31).

Choroby wewnętrzne.

Dr. Rosenheim (Berlin): **Przeczulica błony śluzowéj żołądka w bezkrwistości blednicy.**

Nowszemi czasy medycyna zajęła się pilnie badaniem następowych chorób żołądka, to jest zmian tego organu, które nie samoistnie, lecz wskutek i jako następstwo innych chorób występują. Znajomość tych zmian przyczyniła się wielce do polepszonego ich leczenia przez zwalczanie choroby podstawowéj. Najwięcéj dotychczas badali lekarze żołądek suchotników, autor jednak zwrócił szczególną uwagę na zmiany żołądkowe w przebiegu chorób krwi, jak w bezkrwistości i blednicy występujące. Do pierwszych objawów żołądkowych téj choroby należy *anorexia* i *parorexia.* Następuje upośledzenie czynności gałązek czuciowych lub fałszywe ich oddziaływanie, stąd brak apetytu lub chętka do potraw kwaśnych, kredy, wapna i t. d. Częstszym jednak od znieczulenia jest objaw przeczulicy gałązek błędno-sympatycznych w przebiegu bezkrwistości i blednicy. Z przytoczonych historyj chorób dowiadujemy się, że najczęstszym objawem jest ból żołądka, jużto po jedzeniu lub bez przyczyny występujący. Bóle połączone są bardzo często z wymiotami potraw, jeżeli żołądek pełny, lub śluzu przy próżnym żołądku. Każdorazowe dotykanie nadpępcza nawet w chwilach od bólów wolnych jest bolesne. Produkcyja wolnego kw. solnego zmiejszona. Apetyt istnieje, ale obawa jedzenia z powodu bólów. Chorobę tę łatwo odróżnić od wrzodu okrągłego żołądka. Cierpią na nią głównie tylko młode dziewczęta, ilość kw. solnego zmniejszona, bolesność występuje po każdorazowem jedzeniu, gdy tymczasem wobec wrzodu tylko pewne potrawy bolesność sprawiają. Katar i *gastritis* odróżnimy brakiem apetytu, brakiem bolesności i częstych wymiotów. Leube nie robi różnicy między omawianą przeczulicą a kardialgiją, uważając ją za lżejszy jéj stopień. Nie trzeba zapominać, że kardialgija jest czystą nerwicą. promienisto się rozprzestrzeniającą z wszystkiemi charakterystycznemi jéj znamionami, gdy tymczasem omawiana choroba polega tylko na przeczulicy saméj błony śluzowéj żołądka. Czy przeczulica ta tylko na zmianie w saméjże krwi polega? Tak nie jest. Senator i Hoeslin udowodnili, że u młodych i delikatnych osób często przychodzi do złuszczenia przybłonka z wybroczynami drobnemi połączonego, które ledwo w stolcu rozbiorem chemicznym dają się wykryć. Utraty przybłonka są przyczyną przeczulicy, a ukryte i częste wybroczyny są podstawą bezkrwistości. Dlatego to w téj chorobie azotan srebrowy, w rozczynie 0 20 na 100 3 razy dziennie podawany, znakomite wydaje skutki, nadżerki zabliźniając. Bóle i wymioty zaraz też ustępnją. Dopiero po ich ustąpieniu przystępujemy do podawania leków gorzkich, kw. arsenawego i przetworów żelazistych. Inne leki żołądkowe, jak beladona, rheum, bismut są zupełnie bezskuteczne. Spokój ciała, a często i pobyt w łóżku, jakoteż lekka, przeważnie mleczna dyjeta w połączeniu z wodą wapienną leczenie znakomicie wspierają. (*Berl. kl. Wschft*, 1890, Nr. 33). *Dr. Mendelsburg.*

Choroby nerwowe.

Freund: **Przyczynek do znajomości osłabienia pamięci.**

Autor opisuje 2 przypadki osłabienia pamięci. Oba dotyczyły kobiet, które nadużywały napojów wyskokowych. Pier-

wsza 52-letnia cierpiała na uwiąd rdzenia pacierzowego, miała od czasu do czasu urojenia i była głupowatą. Ciekawem jednak było u tej choréj zaburzenie pamięci, a mianowicie pamiętała wszystko, co się stało przed jéj 20 tym rokiem życia, a za to o wszystkiem co zaszło po tym czasie zapomniała zupełnie.

Podobnie zachowywała się pamięć u drugiéj choréj, liczącéj lat 65, która również tylko pamiętała zdarzenia swéj młodości, a o późniejszych nic nie wiedziała. U téj choréj prócz tego dało się wykazać t. z. *agraphia amnestica*. To zaburzenie w pisaniu nie było objawem wypadnięcia funkcyi, lecz przyrody czynnościowéj, jako wynik osłabienia pamięci, gdyż nie było niezborności ruchów ręki. Autor radzi tę postać agrafii nazywać: *Agraphia amnestica optica*. (*Arch. f. Psych.*, XX, S. 441).

Oppenheim: *Hemianaesthesia* i *hemiataxia*, **jako skutek zniszczenia tylnéj części** *capsula interna*.

Chora, która od wielu miesięcy cierpiała na bicie serca, zauważyła pewnego dnia, że lewa jéj noga straciła czucie. Wkrótce potem nastąpiło znieczulenie kończyny górnéj i połowy twarzy po téj saméj stronie.

Badanie przedmiotowe okazało: tętno przyspieszone, bardzo napięte, tętnice (przedewszystkiem tętnica skroniowa) stwardniałe i wężykowato skręcone. Mocz okazuje wyraźny ślad białka. Uczucie mięśniowe w kończynie górnéj i dolnéj lewéj zniesione, znaczna niezborność w ruchach. Cała połowa lewa ciała znieczulona w wszystkich rodzajach czucia, czynności zmysłowe prawidłowe. Późniéj wystąpiła opuchlina na kończynach chorych, gałki oczne wystąpiły na zewnątrz (*exophthalmus*) i dał się wykazać objaw Graefego.

Sekcyja wykazała: *Myocarditis parenchymatosa, nephritis interstitialis, sclerosis arteriarum*, daléj między średnią a tylną trzecią częścią prawego wzgórka wzrokowego (*thal. opt.*) bliznę brunatnawo-żółtą, która rozpościerała się do tylnéj części *capsula interna*. Zresztą mózg, rdzeń pacierzowy i nerwy były nienaruszone. (*Char. Annal.*, XIV., S. 396).

Dr. Süsskind.

Chirurgija.

Prof. Paweł Kraske (Fryburg): **O nauczaniu w klinice chirurgicznéj i leczeniu przeciwgnilnem ran.**

W wykładzie wstępnym pod powyższym tytułem określa K. przedewszystkiem swoje stanowisko wobec pytania, czy nauczyciel kliniczny może zajmować się, bez narażenia życia powierzonych mu chorych i operowanych, pracami, z powodu których styka się z ciałami gnilnemi. Wielu położników i ginekologów zajmuje w téj kwestyi skrajne stanowisko i posuwa tak zw. abstynencyję tak daleko, że tylko wtedy pozwalają swoim uczniom badać ciężarne i rodzące, jeżeli ci słowem honoru zapewniają, że od wielu dni, a nawet tygodni, nie mieli do czynienia z istotami zakaźnemi. Także niektórzy chirurgowie nie wykonywają z obawy narażenia życia swych chorych potrzebnych zabiegów w godzinie klinicznéj, lecz dopuszczają do nich tylko kilku wybranych uczniów. K. sądzi, że w klinikach położniczych takie nadzwyczajne środki ostrożności mogłyby jeszcze być usprawiedliwionemi szczególnym rodzajem materyjału naukowego, występuje atoli stanowczo przeciw ogólnemu przeprowadzeniu takiego prawidła abstynencyi, które bez zupełnéj przemiany obecnych stosunków naukowych jest nieprzeprowadzalnem, a które dla lekarza praktycznego jest wprost niemożebnem. K. odwołuje się do swych własnych doświadczeń i spostrzeżeń. W półroczach letnich, w których miewa chirurgiczne kursa operacyjne, nigdy nie widział niekorzystnego wpływu swéj czynności w zakładzie anatomicznym na wyniki kliniki. Często wprost od zajęcia na trupie odwołany, zmuszony był wykonywać operacyje przepukliu lub amputacyje, a przebieg gojenia był zawsze niezamąconym. Z tego widać, że także bez abstynencyi można z najlepszym wynikiem przeciwgnilnie leczyć. Następnie omawia K. znaczenie zakażenia przez powietrze i przez zetknięcie. Podnosi on, że jeszcze nigdy nie znaleziono w powietrzu rzeczywiście chorobotwórczych drobnoustrojów, a w szczególności takich, którebyśmy uważać musieli za przyczynę chorób przyrannych. Jeżeli te ujemne wyniki jeszcze nie wykazują, że tych chorobotwórczych drobnoustrojów w powietrzu wogóle nie ma, to można przecież twierdzić, że zarodniki niebezpieczne dla ran tworzyć mogą tylko nadzwyczaj małą część znachodzących się w powietrzu grzybków, a prawdopodobieństwo, że właśnie te dostają się do ran, uważać musimy za nadzwyczaj małe. (Wykład przy otwarciu nowéj kliniki chirurgicznéj w Fryburgu).

Dr. Bf.

Okulistyka.

Neuschuler: **Pouczający przypadek bólu zębów wskutek niedowładu prostych mięśni ocznych.**

U pewnéj osoby objawił się ból zębów każdym razem przy odczytywaniu nut przy fortepianie, gdy tymczasem czytanie, pisanie wcale nie przyczyniały bólu. Po ścisłem badaniu choréj okazało się, iż przy patrzeniu na odległość $^1/_2$ metra niedowład korygować było można za pomocą pryzmatu 4°/₀. Autor tłomaczy tem, dla czego chora w bliższéj odległości niżli $^1/_2$ m. nie doznawała bólu zębów, iż przy czytaniu, pisaniu itp. gałka prawa zezowała na zewnątrz i pacyjentka używała tylko oka lewego, usuwając od widzenia rozbieżnie zezujące oko prawe, gdy tymczasem przy patrzeniu na nieco większą odległość, pracowały oba mięśnia proste, przyczem objawiał się jednocześnie ból zębów. Z pryzmatowemi okularami 4° pacyjentka mogła grać na fortepianie bez bólu zębów. (*Oester.-Ungar. Centralbl. f. d. med. Wissensch.*, 1890, 13 sierpnia).

Dr. Talko.

Choroby kobiece.

Hedenmaker: **O urazowym krwiaku sromu.**

Autor opisuje kilka przypadków krwiaka urazowego sromu (*haematoma vulvae traumaticum*), z których dwa ciekawe są z tego powodu, że dotyczyły kobiet ciężarnych, u których mimo tak ciężkiego obrażenia dalszy przebieg ciąży był zupełnie prawidłowym.

Przypadek I. Tancerka cyrkowa 19 lat licząca, podczas przedstawienia upadła rozszerzonemi udami na stół marmurowy. Uraz był tak silnym, że straciła przytomność na jakiś czas, a badanie okazało obrzęk prawéj połowy sromu znacznego stopnia. Chora przeniesiona do szpitala podała, że jest pierwiastką w 4 tym miesiącu ciąży, co badanie rzeczywiście stwierdziło. Oczyszczono pochwę i obrzęk i zastosowano okłady lodowe na obrzęk. Ponieważ jednak skóra na obrzęku zaczęła przybierać cechy nekrozy, otworzono obrzęk i po wypuszczeniu skrzepów krwi wytamponowano gazą jodoformową. Po kilkunastu dniach rana się zagoiła. Ciąża przebiegała daléj prawidłowo, a poród był zupełnie lekkim.

Przypadek II. Ciężarna kobieta 35-letnia (wieloródka) upadła na poręcz stołka międzykroczem. Skutkiem tego nastąpiło silne obrzmienie lewéj wargi sromowéj dużéj i małéj i prócz tego głęboka rana, ciągnąca się od łechtaczki do *carunculae hymenales*. Rana ta była 4 $^1/_2$ cm. długa, a 1 cm. głęboka. Leczenie polegało na spokojnem leżeniu w łóżku i stosowaniu okładów lodowych, potem na zwykłem antiseptycznem leczeniu rany. Nastąpiło zupełne wyleczenie, a ciąża przebiegała daléj zupełnie prawidłowo. (*Jahr. d ges. Med.*). 6, 1890).

Dr. Süsskind.

Choroby weneryczne i skórne.

Prof. Schwimmer (Buda-Peszt): **Thiol w praktyce dermatologicznéj.**

Thiol, przetwór do ichtyolu zupełnie podobny i z nim powinowaty, poraz pierwszy przed niespełna rokiem wprowadził Unna w praktykę dermatologiczną. Posiada on te same wysuszające czyli odciągające wodę własności co ichtyol, a nawet go przewyższa brakiem wszelkiego zapachu i większą zawartością siarki. Jacobsen wytworzył go, zastanawiając się nad fabrykacyją sztucznego ichtyolu, a teraz Riedel w Berlinie wyrabia go w większych ilościach. Z nowego tego leku, w pewnych chorobach skórnych jest prof. S. bardzo zadowolony a próbował go w następujących chorobach: 1) w zapalnych sprawach na skórze jak w *eczema acutum, erysipelas, herpes zoster, dermatitis herpetiformis* i *combustio*.

W róży wypędzlowanie rozczynem wodnym miejsca chorobowego nietylko wstrzymywało dalszy postęp choroby, ale nawet sprowadzało natychmiastowy i znaczny spadek ciepłoty. W sparzeniach używał autor thiolu sproszkowanego (*Thiolum siccum*) lub 10 do 20% maści. 2) w skórnych chorobach przewlekłych jak w wyprysku przewlekłym, *pityriasis, psoriasis, lichen ruber* i t d. W téj grupie chorób thiol nie okazał się skutecznym. Tylko w *acne rosacea* i *vulgaris* 30% rozczyn dorównywał w skuteczności przetworom siarczanym. Thiolu więc należy używać tylko w takich razach, jeżeli chcemy ściągająco i wysuszająco zadziałać. Autor używał następujących formułek receptowych: *Rp. Thioli liquidi* 30·0—50·0 *Aq. dest.* 100.00. S. Zewnętrznie. *Rp. Thioli liquidi. Glycerini* āā 50 00 *Aq. dest.* 100.00 S. Zewnętrznie. *Rp. Thioli liquidi* 10.00 *Ung. spl.* 50.00. S. Maść. *Rp. Thioli sicci pulv.* 30.00 S. Posypka. (*Wr. med. Woch.* 1890. Nr. 30).

Dr. Mendelsburg.

Prof. G. Guldberg (Christijanija): *Oleum physeteris.*

W czasie swych podróży po północnéj Szwecyi zauważył G. zbawienny wpływ tranu wielorybiego na skórę ludzką, bo u robotników zajętych ćwiartowaniem często na pół zgniłych ciał wielorybich nie zauważył nigdy mimo znacznych często ran na ich rękach zapaleń miejscowych. Zajął się tedy badaniem tranu wielorybiego i doszedł do przekonania, że *oleum physeteris s. chaenoceti* otrzymane z tłuszczu *Hypervodon-diodon* należącego do rodziny *Physeteridae* ma wiele własności, z powodu których winno mieć zastosowanie w leczeniu i zająć miejsce innych tłuszczów zwierzęcych. Ma on niższy ciężar gatunkowy niż inne oleje zwierzęce, jest płynny, a co najważniejsza, łatwo przechodzi przez skórę, dla tego nadaje się bardzo jako podstawa do leków, które wcierane w skórę, mają za zadanie dostać się do ustroju.

Najwięcéj polecenia godnemi są według G. następujące połączenia: 1. Z chloroformem āā zamiast *Oleum olivar.*, gdyż drążąc szybko przez skórę, sprowadza szybkie działanie na zakończenia nerwowe. 2. *Acid. carbol.* 2—5 na 90—95 części *ol chaenoceti,* również z kw. salicylowym. 3.*Ol. chaenoceti* 80, *cerae albae* 20·0 jako podstawę do różnych maści. 4. *Hydrargyri* 20·0, *Ol. chaenoceti* 80·0 zamiast łoju lub tłuszczu. Doświadczenia z *oleum chaenoceti* czyni obecnie w oddziale chorób skórnych Dr. Boeck w Chrystyjanii. W końcu nadmienia G., że *oleum chaenoceti* jest o 40% tańszy od *oleum olivarum* i z tego zatem względu zasługuje na czynienie z nim dalszych prób. (*Monatsh. f. prakt. Dermat.* X, Nr. 10).

Sherwell: **Środki na świerzb.**

S. radzi nacieranie zajętych miejsc kwiatem siarczanym i posypywanie nim pościeli i bielizny chorych. Taylor zaś radzi namydlić dobrze skórę w kąpieli ciepłéj o 30° R., do któréj dodano 500 gr. sody, a po osuszeniu natrzeć maścią z *balsamum peruvian.* i *lac sulfur.* *āā* i pozostawić przez noc. Chory nie powinien przytem nic pić. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* X, Nr. 10). *Dr. Kurasiewicz.*

Prof. Lang (Wiedeń): **O ograniczeniu używania rtęci w leczeniu kiły.**

Leczenie rtęcią w przypadkach kiły tylko wtedy podejmować należy, skoro już mamy przed sobą wybitne zmiany wtórorzędne. Lekarz, który użył rtęci w chwili powstania stwardnienia w celach zapobiegawczych, według najnowszych zasad nauki popełnia błąd nie do darowania. Wiemy bowiem, że następowe postacie kiły po takiem leczeniu wcale słabiéj nie występują. Tylko w przypadkach, w których pierwotne stwardnienie przybiera charakter rozpadowy i jeżeli poprzednie wypalenie chlorkiem cynku lub Paquelinem rozpadu nie wstrzyma, ogólne leczenie rtęcią może wpływ zbawienny wywrzeć na miejscowy objaw. Także, jeżeli pierwszemu stwardnieniu towarzyszy ogólne osłabienie, bóle głowy i bóle reumatyczne, łagodne zastosowanie rtęci może być usprawiedliwione. Dopiero więc, gdy objawy kiły wtórorzędnéj namacalnie prawie występują, winien lekarz przystąpić do leczenia rtęciowego i to najlepiéj przez podawanie leku wewnętrznie. Najlepszemi przetworami do wewnętrznego użycia jest kalomel, *Hydrg oxydulat. tannic.*, sublimat, *protojoduret. Hydrg.*, *Hydrg. salicyl.* Jeżeli musimy zadziałać szybko, to używamy wcierań i wstrzykiwań podskórnych. Autor ostrzega przed większemi niż 2-gramowemi dawkami na wcieranie. Jeżeli ilości przesadzimy, narażamy chorego na *enterocolitis diphtheritica mercurialis.* która często śmiercią się kończy. Wstrzykiwania podskórne, obecnie przeważnie z nierozpuszczalnych przetworów rtęciowych składające się, stają się także często przyczyną ostrych zatruć. Występują one najczęściéj u osób słabych, charłaków. U takich ludzi rtęć w ogóle bardzo ostrożnie podawać należy, a nigdy w postaci wcierań lub wstrzykiwań. Dawkę, którą wstrzykujemy, dokładnie obliczyć powinniśmy. Przetworami najlepszemi są: kalomel, *Hydrg. oxydulat. nigr.*, *Hydrg. salicyl*, *H. thymolaceticum*, *H. diphenylicum*, *H. benzoicum.* W leczeniu rtęcią w ogóle lepiéj jest poskąpić, niż zanadto użyć, a to także dla tego, aby w razie wymagającym energicznego zadziałania rtęcią, nie mieć do czynienia z ustrojem już rtęcią przeładowanym. (*Wien. kl. Woch.* 1890, Nr. 31).

Dr. Mendelsburg.

Hochsinger (Wiedeń): **O losie dzieci dotkniętych kiłą dziedziczną.**

265 dzieci z kiłą dziedziczną, spostrzeganych w poliklinice Kassowitza w przeciągu ostatnich dwudziestu lat, między któremi 62 miało mniéj niż ćwierć roku, poddano najpierw energicznemu leczeniu przeciwkiłowemu i badano je następnie przez dłuższy czas, niektóre przez wiele lat. Przytem pokazało się, że nawroty względnie rzadko i to w łagodnéj postaci występują. Zbioru objawów Hutchinsona mimo znacznego materyjału nigdy nie spostrzegano. H. zaprzecza związku kiły z zołzami, z krzywicą istnieje takowy tylko o tyle, o ile kiła podobnie jak inne ciężkie choroby ogólne do powstania krzywicy usposabia. Rokowanie w kile dziedzicznéj przy wczesnem leczeniu wcale więc nie jest tak niepomyślnem, jak niektórzy sądzą, a nawet w najcięższych jéj postaciach, w bąblicy kiłowéj i *Osteochondritis luetica* nie należy tracić nadziei utrzymania życia. (*Münch. m. Woch.* 1889, Nr. 42).

N. T. Miller (Moskwa): **O najwcześniejszych objawach kiły dziedzicznéj.**

Opierając się na materyjale 1000 przypadków kiły dziedzicznéj, zajmuje się M. czasem i sposobem pierwszego występowania zmian kiłowych. Co do czasu, występowały pierwsze objawy w pierwszym miesiącu w 64%, w drugim w 22%, a najczęściéj w trzecim tygodniu życia. Najwcześniejszemi objawami są zapalenie błony śluz. nosa i pęcherzyca. Sapkę uważa M. w wielu przypadkach jako następstwo przeziębienia. Pęcherzyca kiłowa jest albo wrodzona, albo występuje w pierwszym, najpóźniéj w drugim tygodniu, podczas gdy *Pemphigus idiopathicus* lub *cachecticorum* nie występuje nigdy wcześniéj, niż w trzecim tygodniu. Zapalenie płuc kiłowe wrodzone jest bardzo rzadkie (1%—2%) i pod względem rozpoznawczym bez znaczenia, gdyż nie można go odróżnić od niedodmy wrodzonéj. Łuszczenie się skóry wcale nie cechuje kiły, tak samo t. zw. afty Bednara, ulegające częstgłębokiemu owrzodzeniu. Natomiast pęknięcia (ragady) nowargach są bardzo cechujące, szczególniéj na wardze górnéj, gdzie tworzą niekiedy rozległe zlewające się wrzody. Rozmiękczenie czaszki (*Craniomalacia*) nie ma nic wspólnego z kiłą, tak samo jest tu jeszcze bez znaczenia obrzmienie gruczołów chłonnych. Najczęstszemi są wysypki plamisto-guzkowe. (*Jahrb. f. Kinderh.* t. XXVII, zeszyt 14).

Gerheim (Würzburg): **O zakażeniu mięszanem w rzeżączce.**

Już z góry czyni G. wniosek z badań Bumma, według których rzeżączka przedstawia się jako zapalenie czysto miejscowe, rozwijające się tylko w przyblonku wałeczkowym, a nie drążące wcale w głąb, że głębsze sprawy chorobowe do rzeżączki się przyłączające, są następstwem innych bakteryj, którym gonokoki niejako furtkę otwierają. Z tego zapatrywania wychodząc mówi o gośćcu stawowym rzeżączkowym, który uważa za niespecyficzny, zastanawia się nad zapaleniem około- i przymacicznem, którego powstanie tłomaczy przez przelewanie się z trąbek wydzieliny, która sama przez się wywoływa zapalenie, w końcu mówi o zapal. gruczołu Bartholiniego i śródsierdzia. Wysnuwa w końcu z swéj pracy

następujące wnioski: 1. Rzeżączka jest zapaleniem czysto lokalnem, które się rozwija tylko na przybłonku wałeczkowym. 2. Wszystkie sprawy zapalne, które przyłączają się do rzeżączki, polegają na zakażeniu mięszanem, o ile tkanki zajęte w swojéj budowie histologicznej nie łączą się ściśle z przybłonkiem cylindrycznym. (*Verhandl. d. phys. med. Gesell. zu Würzburg*, tom XXI.) *Dr. Baschkopf.*

Dr. Broes van Dort: **Przyczynek do leczenia pierzchnic czerwonych** (*lichen ruber*).

Ponieważ leczenie zwykłe pierzchnic czerwonych za pomocą arsenu i jodku potasu wewnętrznie, a sublimatu, naftolu, chrysorabiny i kwasu pyrogalusowego zewnętrznie pozostaje nieraz bez skutku, a czasem znów nie może przez czas dłuższy być używanem z powodu złych następstw, jakie środki te na ustrój sprowadzają, przeto autor poleca w takich przypadkach, w których środki powyższe albo niedostatecznie działają albo gdy ich nie można przez czas dłuższy używać, postępowanie lecznicze, którego doświadczył na licznych chorych kliniki Lassara w Berlinie, a które mu świetne oddało przysługi. Postępowanie to jest następujące: Należy wszystkie guzki pierzchnic, a mianowicie każdy z osobna szybko przyżegać termokauterem Pacquelina, albo jeszcze lepiéj za pomocą igły galwanokaustycznéj, a w takim razie ustaje w téj saméj chwili swędzenie, które w miejscach przyżeganych zwykle więcéj nie wraca. Ból przytém, zwłaszcza gdy się to przyżeganie szybko odbywa, prawie nie występuje. Strupki skutkiem tego postępowania powstałe są tak nieznaczne, że albo same bez dalszego leczenia odpadają w krótkim czasie, albo co najwyżéj po posypaniu pudrem. (*Berl. kl. Woch.* 27. 1890). *Dr. Süsskind.*

Blanc: **Kilka uwag o leczeniu ostréj rzeżączki.**

B. żąda w leczeniu rzeżączki ostréj ogólnego spokoju ciała, unieruchomienia części rodnych (suspenzoryjum). Leżenia w łóżku nie uważa za potrzebne. Zabrania napojów wyskokowych; herbaty i kawy pozwala tylko z ograniczeniem używać; w przyjmowaniu znacznych ilości wody widzi raczéj szkodę, aniżeli pożytek. Jak najgoręcéj poleca całkowite kąpiele letnie. Przeciw naprężeniom członka poleca okłady zimne, zlewania; zakazuje chorym leżenia na wznak i zbyt miękkiego posłania. Z wewnętrznych środków przeciwgorączkowych daje pierwszeństwo antipyrynie. Jest on zwolennikiem leków żywicznych w okresie początkowym; podaje je wśród jedzenia. Leczenie poronne (azotan srebra 1·0—10·0 na 1000) zachowuje tylko dla doświadczonych chorych, posiadających już pewne znajomości o chorobie. W okresie przyostrym wskazane jest leczenie za pomocą środków ściągających. Leczenie rzeżączki kończy B. chętnie zapisaniem azotanu bismutowego 10·0—125·0. W ogóle rozpoczyna leczenie od wstrzykiwań o ile możności jak najwcześniéj. Pod względem technicznym wymaga jak największej skrupulatności. Wiele przypadków przewlekłych tak zwanych niewyleczalnych należy przypisać niedbalstwu w pouczaniu chorego, błędnemu wykonywaniu wstrzykiwań. Jeżeli na końcu choroby istnieje tylko wypływ, w takim razie badanie cewki przez obmacywanie wyzyskuje w celu rozpoznawczym i leczniczym, a wtedy uważa za wskazane troskliwe i ostrożne wprowadzanie do cewki świeczek i cewników (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* Rocznik XX.) *Dr. Baschkopf.*

Schiff: **O leczeniu ran oparzelinowych za pomocą jodoformu.**

Autor poleca gorąco jako najprostszą i najpewniejszą metodę leczniczą przy ranach oparzelinowych opatrunek jodoformowy polecony przez Mosetiga. Ten bowiem nietylko uśmierza bóle, ale goi szybko rany oparzelinowe i najlepiéj przeszkadza tworzeniu się kurczących się blizn. Prócz tego ma jeszcze tę wielką zaletę, że raz należycie zrobiony bez szkody pozostać może na ranie 8 do 10 dni. Co się tyczy obawy zatrucia jodoformem, to jest ona płonną, gdyż można wobec większych powierzchni rannych zamiast proszku jodoformowego używać gazy napojonéj roztworem eterycznym jodoformu, z któréj tylko minimalne ślady jodoformu zostają wessane. (*Mon. f. pr. Derm.*, 2, 1890). *Dr. Süsskind.*

Toksykologija.

Samter: **Bromek potasu jako odtrutka przeciw jodoformowi.**

Jodoform jest w operacyjach w zakresie jamy ust, pochwy i odbytnicy środkiem opatrunkowym prawie niedającym się zastąpić; niestety występują niekiedy zatrucia, które dotychczas nadaremnie starano się zwalczać. S. widzi obecnie w bromku potasu skuteczny środek. Dał on choremu operowanemu z powodu raka odbytnicy, a późniéj niebezpiecznie zapadłemu na *icterus haematogenes* i ciężkie zatrucie jodem, bromek potasu 4 gr., co godzina po 1 gr., który usunął objawy zatrucia. W rurce odczynnikowéj utrzymuje roztwór bromku potasu jod daleko silniéj i trwaléj w roztworze, niż inne obojętne lub alkaliczne roztwory soli, które dotychczas polecano do wiązania jodu w przypadkach otrucia (sól kuchenna, dwuwęglan potasu, octan potasowy). Poleca się więc KBr jako odtrutka w zatruciu jodowem, a u chorych z nieprawidłową dyjatezą krwi, a przedewszystkiem z *icterus haematogenes* należy go przed operacyją zapobiegawczo podawać. (*Berl. kl. Woch.*, 1889, Nr. 15). *Dr. Baschkopf.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 18-go czerwca 1890.

Przewodniczący: Wiceprezes kol. Kohn, członków obecnych 19.

1) Odczytano zaproszenie „Towarzystwa imienia Kopernika w Krakowie“ do przystąpienia członków Tow. lek. do takowego i brania udziału w jego pracach.

2) Kol. Pieniążek wygłasza zapowiedziany wykład o ropotoku Störka, nazwanym przez samego autora chorobą polską, gdyż rzeczywiście przydarza się głównie w Polsce, Rosyi, a wyjątkowo tylko gdzieindziéj. Bagiński opisał to samo cierpienie pod tyt.: *Ozaena laryngo-trachealis* i słusznie — tylko, że w *ozaena sicca* w ścisłem tego słowa znaczeniu przychodzi do zaniku błony śluzowéj nosa, przewody nosowe stają się szerokie, wydzielina nagromadza się, tworząc strupy, wywołujące późniéj wstrętne cuchnienie z nosa, a w tchawicy i krtani toż cierpienie wywołuje przerost błony śluzowéj. Gardło zachowuje się pośrednio, błona śluzowa się tu nie zmienia, tylko jest całkowicie sucha. Najczęstszym stanem następowym w krtani jest przerost przedniéj części więzadeł głosowych, co wziernikiem badane wygląda jak rozpięta błona żabiéj pletwy. Drugą zmianą następową bywa przerost jednostajny całych strun głosowych, doprowadzający nawet do zwężenia (*stenosis*), rzadziéj już spotyka się w tchawicy, a czasem w oskrzelach z przerostem błony śluzowéj na przedniéj ścianie, tylna bywa zawsze wolną, a nawet uważaną była dotąd za nietykalną w tem cierpieniu, a w jednym przypadku opisano przerost całego wejścia krtani. U nas jako następstwa tego cierpienia występują formy, o jakich sam Störk nie wspomina, a to przerost pod więzadłami głosowemi, tak zw. *chorditis vocalis hypertrophica inferior*, co u nas bywa nawet najczęstszą formą następową ropotoku. Przerasta błona śluzowa tak na przedniéj jak i tylnéj ścianie krtani tak, że może zachodzić konieczność tracheotomii, zresztą przeprowadza się leczenie przez rozszerzanie rurkami, czopkami Schröttera, wycinaniem, skrobaniem, laryngofisurą itp. Rzadziéj już napotyka się przerost na tylnéj ścianie krtani, w części między ruchomemi narządami krtani; ruchomość więzadeł zostaje szybko upośledzoną, bo tkanka łączna powstająca przyciąga chrząstki nalewkowe, co utrudnia oddechanie, nadając kształt głośni jak przy wydawaniu głosu. Jestto mały przerost, a następstwa znaczne. Prelegent miał dwa takie przypadki. Dylatacyja, nacięcie nie wiele pomaga przy laryngofisurze i wyskrobaniu, w jednym przypadku był rezultat dobry. W ogóle ropotok Störka jest chorobą nieuleczną, ale przy odpowiedniem leczeniu można osiągnąć dobry skutek nawet na kilka lat.

Sekretarz: *Dr. Czesław Podgórski.*

Posiedzenie z dnia 2 lipca 1890 roku.

Przewodniczący: Wiceprezes kol. Kohn, członków obecnych 12.

1) Kol. Walentowicz przedstawił w zarysie biologiję różnych pasorzytów w jelitach konia i okazał bardzo ciekawy preparat, ilustrujący jak jeden pasorzyt żyjący niszczy drugiego, a mianowicie: *gastrophihis equi* (poczwarka *gastrus equi*) przeczepia się do *ascaris megalocephala* i wysysając z niego soki odżywcze zabija go.

Sekretarz: *Dr. Czesław Podgórski.*

Posiedzenie z dnia 8-go października 1890 roku.

Przewodniczący kol. Mars. Obecnych członków 25.

1) Kol. Domański czyni następujący wniosek: Zważywszy 1) iż wydany w r. 1881 przez Tow. lek. krak. „Słownik terminologii lekarskiéj polskiéj“ wyczerpał się zupełnie w handlu księgarskim; 2) iż słownik ten przyczynił się znacznie do ustalenia polskiego słownictwa lekarskiego; 3) iż wydanie jego nie przyniosło Towarzystwu naszemu żadnéj straty materyjalnéj; 4) iż prosty jego przedruk nie odpowiadałby dzisiejszemu stanowi nauk lekarskich, ani nie mógłby uwzględnić poprawek, jakie się z biegiem lat od pierwszego wydania okazały potrzebnemi; 5) iż opracowanie nowego wydania potrwa w najlepszym razie kilka lat — wnosi podpisany: a) Towarzystwo lekarskie krakowskie przystąpi niezwłocznie do opracowania drugiego, poprawnego wydania polskiego słownika terminologii lekarskiéj; b) czynności do tego zmierzające powierza Towarzystwo swéj stałéj komisyi terminologicznéj z koll. Oettingera, Rydla i wnioskodawcy się składającéj, z prawem przybrania do swego grona tyle i takich osób, ile i jakie uzna za potrzebne; c) na wydatki wstępne jak korespondencyję, nabycie potrzebnych dzieł, przyrządzenie rękopisu itd., wyznacza Towarzystwo lekarskie krakowskie ze swych funduszów kredyt do wysokości (300) trzystu złr. z zastrzeżeniem zwrotu pożyczonéj kwoty z 5% z dochodu z rozsprzedaży słownika; d) Towarzystwo lek. krak. zastrzega sobie zatwierdzenie postanowień komisyi terminologicznéj w przedmiocie wydrukowania rękopisu drugiego poprawnego opracowania słownika.

Wniosek powyższy jednozgodnie przyjęto.

2) Kol. Obaliński demonstruje swą modyfikacyję szwu Zweiffla, zakładanego na grubsze szypuły. Uważa on igłę Zweiffla za zbyteczną, ten sam bowiem skutek, a daleko łatwiéj uzyskać można, używając zwykłéj igły, nawlókłszy ją dwiema długiemi nitkami jedwabnemi, jedną kolorową a drugą białą. Przekłuwając kilkakrotnie szypułę w poprzek w jednéj wysokości i nie dociągając, lecz zostawiając pętle z nitek, przecina się następnie z jednéj strony pętle kolorowe, z drugiéj białe, a wiążąc odpowiednie końce otrzymuje się silny, jednolity ściśle zamykający szew.

3) Tenże przedstawia swój sposób szycia w razach, gdzie nie można dokonać wkłucia od wewnątrz jak przy uranoplastyce i szwach kostnych n. p. przy złamaniu szczęki dolnéj. Wprowadza on przez jeden brzeg rany lub przez otwór w nim zrobiony (n. p. w kości wywiercony świderkiem) na cienkiéj, ostréj igle na trzonku pętlę nitki lub wprost pętlę z drutu, a przez brzeg drugi nitkę lub drut pojedynczy, a końce tak pętli jak i szwu pojedynczego wyciąga ku jamie ust, a założywszy koniec pojedynczy w pętle i zagiąwszy go na pętli podwójnéj przez drugi brzeg przeciąga.

W dyskusyi kol. Rydygier przyznaje wartość przy sprawach kostnych, ale przy uranoplastyce bałby się, żeby ranka przy przeciąganiu pętli nie powstawała za duża. Kol. Obaliński odpowiada, że od dłuższego czasu tym sposobem szyje, a szkodliwych skutków nie widział.

4) Następnie opisał kol. Obaliński trzy przypadki, operowane w ostatnich czasach, a to: jeden wydobycia macicy podotrzewnowego, drugi *amputatio supracervicalis*, a trzeci ciąży pozamacicznéj w czwartym miesiącu, z któréj płód z łożyskiem przedstawiano.

W bardzo ożywionéj dyskusyi zabierają głos kilkakrotnie prelegent i koll. Rydygier, Mars, Kohn, Braun, Podgórski i Czapliński.

Sekretarz: *Dr. Czesław Podgórski.*

VI. O pobycie chorych we Włoszech Południowych.

Opowiedział

Prof. Jaworski.

Tysiące chorych opuszcza obecnie domowe progi z obawy przed zimą, aby podążyć do Włoch, w téj błogiéj nadziei, że tam znajdzie Eldorado dla swego stanu chorobowego. Jedni podróżują tylko nad Riwierę, inni zapuszczają się daléj, do Neapolu lub Sycylii, w tem przypuszczeniu, że im głębiéj na południe, tem klimat będzie cieplejszy, a dla przebiegu choroby korzystniejszy. Nie jest moim zamiarem rozbierać krytycznie, czy pobyt we Włoszech nadaje się dla osób z chorobami dróg oddechowych, bo o takich tu myślę, lecz chciałbym zwrócić uwagę szan. Kolegów na tę okoliczność, jakie warunki pobytu oczekują chorego, wysłanego do Włoch i to w szczególności do Włoch południowych (Neapolu i Sycylii). Te bowiem okolice poznałem podczas zeszłorocznego pobytu zimowego częścią osobiście, częścią przez zetknięcie się z lekarzami podróżującymi w tamtych stronach.

Najłagodniejszy zimowy klimat na wybrzeżach południowych Włoch i Sycylii bywa w miesiącach grudniu i styczniu. W tych miesiącach bywają dnie pogodne, które przypominają najpiękniejsze dnie naszego maja lub września, a noce tak łagodne i jasne, jak nasze czerwcowe. W tym czasie mogą chorzy od 8-méj z rana do 6-téj wieczorem używać świeżego powietrza, lecz pogoda nie trwa ciągle i zmienia się często z niepogodą, trwającą do dni siedmiu. Przez czas niepogodny wieje najczęściéj gwałtowny wiatr południowy (*scirocco)*, który przynosi ulewny deszcz, gwałtowne burze z grzmotami i piorunami. W tych dniach przechadzka na wolnem powietrzu jest utrudnioną. Jeszcze dokuczliwszem staje się chłodny, suchy wiatr północny (*tramontana*), przed którym ludność neapolitańska ma bardzo wielką obawę i jak może najcieplej się ubiera, gdyż ten wiatr sprowadza najczęściéj ostre nieżyty dróg oddechowych. Po dwóch stosunkowo pięknych miesiącach następuje zima włoska, a to w czasie, w którym my, podług naszych klimatycznych stosunków sądząc, najmniéj się spodziewamy, to jest w drugiéj połowie lutego i w pierwszéj marca. Nie jestto zima w naszem tego słowa znaczeniu, lecz bardzo dokuczliwa, tak dla chorego, jak i zdrowego, podczas któréj przez cztery tygodnie mamy naprzemian to mroźny wiatr północny, to dłużéj trwającą zimną słotę, przeplataną śnieżnemi zawieruchami. Wprawdzie śnieg nie pozostaje na ziemi na równinach, za to tem dłużéj pokrywa on okoliczne góry i przyczynia się do oziębienia powietrza. Jeszcze w kwietniu, kiedy opuszczałem Neapol, szczyt Wezuwiusza i gór ponad Sorrento były śniegiem pokryte. W lutym zdarzyło się kilka mroźnych nocy tak, że nawet na wyspie Capri woda w rowach zamarzła, jarzyny w ogrodach zostały powarzone, a na szybach można było spostrzedz igiełki szronu. W Sycylii są prawie te same stosunki klimatyczne; w niektórych latach bywa ciepłota o jeden stopień wyższa, niż w Neapolu, w innych znów równa. Przy takich warunkach klimatycznych luty i marzec nawet w południowych Włoszech nie przedstawiają korzystnych szans dla pobytu chorych.

Roślinność zimowa południowych Włoch przedstawia obraz, jaki my widzimy u nas w październiku. Trawa i rozmaite burzany zielenieją, ale mniéj żywo i bujnie niż u nas, gdyż grunt na wybrzeżach wszędzie skalisty i suchy, a większa część skał stoi nago niepokryta roślinnością. Drzewa owocowe stoją bez liści, a zieloność krajobrazu pochodzi przeważnie od drzew oliwnych, pomarańczowych, cytrynowych, krzewów mirtu i rozmarynu, lecz nie przedstawia tak żywéj i ponętnéj barwy dla oka jak nasze sady i lasy w maju i czerwcu.

Miejsc i dróg służących dla przechadzek w miejscowościach nadbrzeżnych z wyjątkiem wielkich miast (Neapolu, Palerma) niema wcale. Za przechadzki równe muszą służyć dla chorego drogi kołowe i rynek. Drogi te są pełne pyłu, o skrapianiu ich niema mowy, a z domów przydrożnych nieschludnie utrzymanych razi przechodnia woń niemiła. Przechadzka po tych drogach staje się szczególnie

w godzinach południowych, kiedy słońce mocno grzeje, bardzo uciążliwą. Inne przechadzki odbywać można chyba tylko po drogach polnych, bardzo wąskich i kamienistych, prowadzących ciągle pod górę zwykle na stromy szczyt skały. Ścieżki te różnią się jednak tem od naszych, że prowadzą ciągle między dwoma wysokiemi murami, widok zupełnie zakrywającemi. Że na opisanych drogach niema ławek, aby módz spocząć, ani też miejsca, aby się przed deszczem lub słońcem schronić, samo przez się się rozumie. Chcąc usiąść trzeba ze sobą stołek nosić, albo zadowolić się kamieniem przydrożnym, jeżeli takowy tylko dostatecznie gładki i czysty się znajdzie. Przy powyższych warunkach o używaniu świeżego powietrza i racyjonalnego ruchu według wymogów lekarskich mówić trudno.

Co się zaś tyczy używania powietrza morskiego, to też nie jest tak łatwem dla chorego jakby się na pierwszy rzut oka wydawało. Przechadzek urządzonych tuż ponad brzegiem morza niema. Do morza przytykają albo nieprzystępne wysokie skały, albo żwir i piasek gręski, chodzenie wielce utrudniający. Najdogodniejszy przystęp do morza jest w tych miejscowościach, gdzie są porty. Lecz tu znów kurz od dojeżdżających wozów ciężarowych, wyziewy ze zgniłych ryb i odpadków rozmaitych towarów, zgiełk robotników i natrętnych żebraków czynią pobyt nieznośnym. Chcąc powietrza morskiego używać, nie pozostaje nic innego, jak tylko wynająć łódkę rybacką i w niéj podczas dni pogodnych przebywać, zaopatrzywszy się w pożywienie.

Dla pomieszczenia chorych służą zwykle hotele. Wygodniejsze hotele znajdują się tylko we wielkich miastach i są w rękach obcych, Niemców albo Francuzów. W mniejszych miastach i na wyspach są tylko hotele włoskie. Są one obliczone przeważnie na przejezdnych, nie na chorych. To też zbudowane są one zwykle bezpośrednio przy drogach głównych, w miejscach, gdzie największy ruch kołowy, a kurz i gwar uliczny nie ustają. Tak dla widoku, jakoteż zbierania deszczówki wszystkie hotele mają terasy i dachy płaskie, na których jednak tylko w pogodnych dniach przebywać można, gdyż nie są ani od wiatru, ani od deszczu osłonięte. Urządzenie hotelów nie wytrzymuje porównania z takowemi w Niemczech lub Szwajcaryi. Okna i drzwi pojedyncze, nigdy nie domykają tak, że podczas wiatru lub ulewy kapie woda i gwizda wiatr w pokoju. Najgorszą dla chorego jest rzeczą, że w pokojach niema pieców, gdzieniegdzie tylko kominki w ścianach wydrążone, które więcéj mogą przynieść szkody dla chorego, niż ogrzać pokój. Brak pieców we Włoszech tłómaczy się więcéj brakiem materyjału opałowego, niż ciepłym klimatem. Dla chorego bezwarunkowo potrzebny jest we Włoszech piec kaflowy w pokoju dla utrzymania jednostajnéj ciepłoty. Otwierając w dzień słoneczny okna i drzwi można mieć w pokoju + 12 do 14° R., która to ciepłota obniża się do rana zwykle do 11 lub 10° R. W dnie zaś deszczowe lub podczas wiatru północnego (*tramontana*) wynosiła ciepłota pokojowa zaledwie + 7 do 8° R., a podczas zimy marcowéj jeszcze mniéj tak, że trzeba było się dobrze w zimowe suknie ubrać, aby nie uczuwać zimna. Nie pamiętam też, abym podczas któréj z naszych zim miał się tyle na zimno uskarżać, jak podczas pobytu zimowego w południowych Włoszech. Opisane stosunki temperatury dotyczą pokojów na południe zwróconych; w pokojach północnych ciepłota jest jeszcze niższa i do umieszczenia chorych takowe wcale się nie nadają. Należy jeszcze nadmienić, że w takiéj chłodnéj temperaturze nieprzyjemne wrażenie dotykowe sprawia dotknięcie prawie wszystkich sprzętów pokojowych, gdyż one są z porcelany lub metalu. Trudno także przychodzi oswoić się w hotelach włoskich z nieporządkiem domowym. Ścieranie kurzu ze sprzętów nie należy tam do codziennych wymogów, a śmiecie z kątów bywa dopiero z odjazdem gościa wymiatane, zatem idzie zaniedbanie czystości i w innych kierunkach, co nietylko mocno razi, ale naraża chorych na ciągłe wdychanie zapylonego powietrza, a niejednego ze zdrowych na zakażenie gruźlicą. W tych hotelach nie bierze się względu, aby choremu spokój szczególniéj nocny zabezpieczyć. Wszelki bowiem hałas wskutek złéj budowy pokojów, jakoteż i kamiennych posadzek, udziela się całemu hotelowi. Niemniéj i akuratność obsługi wiele do życzenia pozostawia.

Najważniejszą kwestyję przedstawia żywienie chorych. Ilość pożywienia w hotelach włoskich jest najczęściéj nietylko dostateczną ale i obfitą. Co się zaś dotyczy jakości, to pod tym względem pozostaje bardzo wiele do życzenia. Wszędzie przeważają pokarmy roślinne nad mięsnemi; a z pokarmów roślinnych bywają podawane obficie szczególniéj jarzyny, których we Włoszech zawsze jest poddostatkiem. Z mącznych potraw musi przyjść codziennie na stół ulubiony *maccaroni* lub *risotto*. Mięsne potrawy składają się przeważnie z ryb morskich; z mięsem wołowem obchodzą się w hotelach włoskich bardzo oszczędnie. Przygotowanie przeważnéj części potraw jest odmienne od naszego i trudno przychodzi do téj kuchni się przyzwyczaić. Że w hotelach włoskich potrawy bywają przyrządzane na oliwie, jest u nas rozpowszechnioném lecz błędném mniemaniem, bywa używane zwykle masło, które z okolic alpejskich z Lombardyi sprowadzają. Wszędzie jada się trzy razy dziennie, lecz główny obiad (*pranzo*) przypada na godzinę szóstą lub siódmą wieczorem, co dla chorych jest bardzo niestosowném, gdyż jak wiadomo o tym czasie przypada gorączka, brak łaknienia i znużenie ogólne. O godzinie dwunastéj bywa podawane śniadanie (*colazione*), składające się z mięsa i leguminy lub jarzyny. (Dok. nast.)

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Z sekcyi higijenicznéj Zjazdu w Berlinie. O dyfteryi i środkach ostrożności, które okazują się najodpowiedniéjszemi do stłumiania téj choroby.

Temat powyższy był opracowanym przez 2 referentów t. j. Dra Roux'a z Paryża i Loefflera z Gryfii i został poddanym dyskusyi na drugiem posiedzeniu sekcyi higijenicznéj we środę dnia 6 Sierpnia b. r. Obradom przewodniczył tajny radca lekarski Pistor.

Pierwszy referent, w którego imieniu przemawia asystent z instytutu Pasteura, Dr. Mardochée-Haffkine, proponuje następujące środki zapobiegawcze:

1. Pierwszym warunkiem do zwalczenia dyfteryi jest należyte rozpoznanie téj choroby. Do tego służy przedewszystkiem metoda bakteryjologiczna.

2. Ponieważ jad dyfteryczny nawet po wyleczeniu chorego może jeszcze długo utrzymywać się w jego jamie ustnéj i zachować własności zakaźne, przeto ozdrowieńcy po przebyciu dyfteryi muszą dopóty pozostać zdala od bliższego stykania się ze zdrowymi, dopóki u nich utrzymują się zarodki zakaźne.

3. Ponieważ jad dyfterytyczny w stanie suchym długo rozwijać może własności zakaźne, przeto muszą wszystkie przez chorych używane rzeczy podlegać desinfekcyi zapomocą pary wodnéj lub przez gotowanie. Bielizna, kołdry, pościel, kocyki itd. należy desinfekcyjonować przed oddaniem rzeczy tych do prania.

Pokoje zapowietrzone i powozy, służące do przewożenia chorych, należy poddać gruntownéj desinfekcyi.

Należy ograniczyć odwiedziny chorych dyfterycznych w razie umieszczenia ich w szpitalach, gdyż choroba może być łatwo zawleczoną przez osoby odwiedzające. Osoby te powinny na wstępie do szpitali przywdziewać osobne płaszcze na ten cel przeznaczone, i oddawać je napowrót służbie szpitalnéj przy opuszczaniu szpitala. Twarz i ręce należy obmyć płynem desinfekcyjnym.

Dzieci szkolne muszą od czasu do czasu być badane przez lekarza, czy gardło ich jest zupełnie czyste i zdrowe, a zwłaszcza wówczas, jeżeli w gronie dziatwy szkolnéj zdarzył się przypadek dyfteryi.

4. W razie panowania epidemij szkarlatyny i odry, powinni chorzy często płukać usta i połyk środkami antiseptycznemi.

Prof. Loeffler ujmuje swe zapatrywania naukowe o dfteryi i środkach ostrożności wskazanych w razie panowania téj choroby w następujące artykuły:

1. Przyczyną dyfteryi jest laseeznik dyfterytyczny. Laseeznik ten znachodzi się w wydzielinach schorzałéj błony śluzowéj.

2. Bakteryja ta zostaje wyrzuconą na zewnątrz z wydzieliną i może przylgnąć do przedmiotów otaczających chorego.

3. Chorzy dotknięci dyfteryją produkują laseczniki zdolne do dalszego zakażania dopóty, dopóki najmniejsze ślady pokładów błonicowych okazują, a nawet jeszcze dni kilka po zniknięciu tychże wypocin.

4. Chorych dyfterytycznych należy jak najściśléj odosobnić i to na tak długo, dopóki znachodzą się laseczniki w ich wydzielinach. Dzieci dotknięte dyfteryją powinny najmniéj przez 4 tygodnie nie uczęszczać do szkoły.

5. Laseczniki dyfterytyczne zatrzymują w stanie suchym w kawałkach błon żywotność przez 4—5 miesięcy. Należy przeto wszystkie przedmioty, które mogły się zetknąć z wydzielinami chorych tego rodzaju, a szczególniéj bieliznę, pościel, szklanki, łyżki, noże i widelce, suknie osób pielęgnujących chorych itd., poddać desinfekcyi za pomocą pary wodnéj o ciepłocie 100°C lub przez gotowanie. Tak samo należy pokoje, w których spoczywali chorzy dyfteryją dotknięci, nader gruntownie zdesinfekcyjonować. Podłogi należy kilkakrotnie wymyć ciepłym roztworem sublimatu 1:1000, a ściany wytrzeć chlebem.

6. Badania nad żywotnością laseczników dyfterytycznych w stanie wilgotnym nie są jeszcze ukończone. Prawdopodobną jest rzeczą, że bakteryje te w stanie wilgotnym dłużéj jeszcze zachowują żywotność, niż w stanie suchym. Mieszkania wilgotne i ciemne szczególniéj, jak się zdaje, sprzyjają rozwojowi i utrzymywaniu się żywotności jadu dyfterytycznego. Mieszkania takie należy szczególniéj poddać assanacyi, należy je osuszyć i postarać się o przystęp powietrza i światła do nich. Przy zmianie pomieszkań powinni nowi lokatorowie baczną na to zwracać uwagę, aby mieszkania świeżo przez nich wynajęte, były gruntownie zdesinfekcyjonowane, zwłaszcza, jeżeli tamże poprzednio przebył kto dyfteryję.

7. Laseczniki dyfterytyczne rozwijają się poza ustrojem ludzkim jeszcze przy ciepłocie 20° C. Rozwijają się znakomicie w mleku. Należy zatem szczególniéj baczną zwracać uwagę na handel mlekiem, a stanowczo zabronić sprzedaży mleka w obejściach, w których sprawdzono przypadki dyfteryi.

8. Choroby podobne do dyfteryi, napotykane u wielu gatunków zwierząt, jakoto: u gołębi, kur, cieląt, świń i t. d. nie zawdzięczają swego powstania lasecznikowi wywołującemu dyfteryję u ludzi. Choroby zwierzęce zatem, choć podobne do dyfteryi ludzkiéj, nie są źródłem powstawania dyfteryi ludzkiéj i pod tym względem nie należy się ich obawiać.

9. Zapatrywania Kleina, jakoby dyfteryja spostrzegana u kotów była pod względem etyjologicznym identyczną z dyfteryją ludzką, nie wytrzymują jeszcze krytyki naukowéj pod każdym względem, i potrzebują jeszcze dalszego potwierdzenia.

10. Rany lub ubytki na błonach śluzowych jamy ustnéj i połyku sprzyjają osiadaniu laseczników dyfterytycznych i ich rozwojowi. Osoby tkliwe na jad dyfterytyczny mogą uledz téj chorobie i bez takich uszkodzeń błony śluzowéj.

11. W czasach pojawienia się przypadków dyfteryi należy szczególniéj zwracać uwagę na czyste utrzymanie jamy ustnéj, nosowéj i gardła u dzieci. Dobrze jest wówczas zarządzać u dzieci w celach zapobiegawczych płukania gardła wodą aromatyczną lub słabym roztworem sublimatu (1:10 000).

12. Dotąd jeszcze nie stwierdzono na pewno, aby czynniki meteorologiczne szczególniéj sprzyjały rozszerzeniu się dyfteryi.

W dyskusyi nad tą ważną kwestyją zabierali głos: Wachsmuth z Berlina, Fränkel z Królewca, Petri z Berlina, Drysdale z Londynu, Litthauer ze Szrema, Kowalski z Wiednia, Jacusiel z Berlina, Altschul z Pragi i Erismann z Moskwy.

Wachsmuth uważa wywóz śmieci w suchych skrzyniach za niebezpieczny, skrzynie te należy desinfekcyjonować karbolem lub wrzącą wodą.

Petri sprzeciwia się temu zapatrywaniu na podstawie własnych badań i twierdzi, że suchy pył i gruz jest istotą zawierającą istoty nieorganiczne nakształt popiołu i ubogą w bakteryje.

Fränkel jest tego zdania, iż do zakażenia lasecznikami dyfterytycznemi potrzeba przecież pewnego usposobienia, a przynajmniéj obrażenia błony śluzowéj połyku, gdyż wykryto laseczniki te w ślinie nawet zupełnie zdrowych ludzi, i uważa odosobnienie 4 tygodniowe za przesadne. Na to odpowiada Loeffler, że przypadki tego rodzaju są nader rzadkiemi i nie dowodzą niczego w obec faktu, że wraz z ustępowaniem dyfteryi znikają również i laseczniki z jamy ustnéj i połykowéj u chorych. Odosobnienie ozdrowieńców jest przeto rzeczą koniecznie wskazaną.

Drysdale z Londynu, żąda nawet odosobnienia przez 6 tygodni i utrzymuje, że w Londynie znacznie się zmniejszyła liczba przypadków dyfteryi od czasu, odkąd systematycznie usuwano wszelkie odpadki.

Dr. Litthauer twierdzi, że pomiędzy biedną ludnością poprawienie stosunków higijenicznych mieszkań jest rzeczą prawie niepodobną. Dodaje, aby dzieciom w szkołach nakazywano wyrzucać plwocinę tylko do spluwaczek.

Dr. Kowalski uwydatnia wielką wartość terapii przeciwgnilnéj w dyfteryi. Przez zapędzlowanie połyku 4% kwasem karbolowym udało mu się w jednym przypadku zniszczyć zupełnie laseczniki dyfterytyczne tak, że ich nie zdołał potem już wykryć, chociaż przez dni 8 jeszcze utrzymywały się pokłady dyfterytyczne. Do desinfekcyi w mieszkaniach prywatnych nadają się lepiéj środki chemiczne, aniżeli gorąca para wodna.

Jacusiel z Berlina zwraca się przeciwko nowoczesnym prądom bakteryjologicznym i leczeniu za pomocą środków antiseptycznych, które albo zabijają, jak sublimat, albo też pozostają bez pożądanego skutku. Leczenie radzi pozostawić ocenie lekarza w każdorazowym przypadku.

Dr. Altschul zauważył, że w Pradze pojawia się dyfteryja szczególniéj w dzielnicy zamieszkałéj przez ludzi bogatych i że mieszkania ciemne i wilgotne nie stanowią tak ulubionéj siedziby dla téjże choroby, jak niektórzy mówcy utrzymują. Prawdą jest, że dyfteryja lubi się zagnieżdżać w nowych domach, co Heubner zauważył również w Lipsku. 4 tygodniową kwarantanę uważa za zanadto długą.

Dr. Erismann twierdzi, że w Rosyi częściéj spotyka się dyfteryję po wsiach niż w wielkich miastach.

W końcu Loeffler wyraża swe zadowolenie, iż wielu członków podziela jego zapatrywania, szczególniéj co do specyficznego lasecznika dyfterytycznego i jeszcze raz uzasadnia skuteczność leczenia dyfteryi za pomocą środków przeciwgnilnych. Mieszkań nie radzi odwaniać środkami chemicznemi, częstokroć bardzo trującemi. W Szwecyi stwierdzono niewątpliwie wpływ skupiania się ludzi po wielkich miastach na większe potęgowanie się dyfteryi. *Dr. Obtułowicz.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 30 października. We Węgrzech jeszcze w bieżącym roku szkolnym przeprowadzony zostanie nowy porządek rygorozów lekarskich, według którego egzamina z mineralogii, botaniki i zoologii odpadną zupełnie; po ukończeniu 2-go półrocza składać będą kandydaci egzamin ustny z chemii i fizyki (taksa 15 złr.), po ukończeniu 4-go teoretyczny i praktyczny z anatomii i fizyjologii (taksa 30 złr.), z końcem 6-go ustny i praktyczny z anatomii patol., patologii ogólnéj i terapii (opłata 45 złr.); po ukończeniu zaś pięciolecia dwa egzamina, a mianowicie jeden kliniczny z medycyny wewnętrznéj, chirurgii i operacyj, z okulistyki i operacyj położniczych (opłata 60 złr.), wreszcie egzamin ustny z medycyny wewnętrznéj, ustny i praktyczny z medycyny sądowéj i higijeny (opłata 40 złr.). Cen-

zury będą trzy: celująca, dobra, dostateczna. Kolokwie, złożone z postępem celującym, uważane będą przy pierwszych rygorozach jako egzamina. Kto z końcem roku nie złoży egzaminu z postępem dostatecznym, nie będzie przyjęty na rok wyższy. A więc znów Węgry wyprzedzają Austryję w reformie!

* Dzieło prof. Walerego Jaworskiego p. t.: „Zarys patologii i terapii chorób żołądka", zostało przetłumaczone przez prof. Trycz1a w Kijowie na język rosyjski.

* W tygodniu 41 (12—18 paźdz.) było w Krakowie małżeństw 14, porodów 45, skonów 44 (29·95), najwięcéj z gruźlicy (5), z zap. płuc 4, z odry 3, z dyfteryi 2.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Jena.** W zastępstwie chorego prof. Rossbacha objął kierownictwo kliniki lek. prof. Stintzing. — **Monachijum.** Dziekanem Wydz lek. wybrany prof. Bollinger. — **Halla.** Na dyrektora kliniki lek. powołany został nadzw. prof. Mering ze Strasburga. — **Würzburg.** Dziekanem Wydz. lek. wybrany prof. Hofmeier. — **Wiedeń.** Prof. Kratschmer, lekarz sztabowy, zamianowany został zwyczajnym członkiem Najwyższéj Rady zdrowia.

* **Mianowania.** Protomedykiem bukowińskim w Czerniowcach mianowany został dotychczasowy lekarz powiatowy w Suczawie, Dr. Bazyli Kluczenko, wychowaniec Uniwersytetu Jagiellońskiego i b. asystent kliniki chirurgicznéj prof. Bryka.— Mianowani zostali: lekarzem pułkowym 1-éj kl. Dr Stanisław Balko; lekarzem pułkowym 2-éj kl. Dr. Władysław Niemiłowicz.

* **Nekrologija.** W Bielsku umarł tameczny lekarz kolejowy Dr. Henryk Senft w 45 roku życia. Zmarły urodził się w Krakowie, tu kończył wszystkie szkoły i był sekundaryjuszem w szpitalu św. Łazarza w oddziale prof. Obalińskiego. Późniéj otrzymał posadę lekarza powiatowego, a w końcu przeniósł się na Szląsk.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 39: Jasińskiego: Pyoktanina w chirurgii; Biegańskiego: Przypadek rozsianego zap. nerwów wskutek zatrucia wyskokiem (dok.). — W *Medycynie* Nr. 39: Neugebauera, syna: Samobójstwo ciężarnéj przez skok z 3-go piętra, cięcie cesarskie, dziecko nieżywe ze złamaną czaszką. — W *Gazecie Lek.* Nr. 40: Puławskiego: Zupełne porażenie wszystkich kończyn, trwające 2 doby. — W *Medycynie* Nr. 40: Neugebaura (syna): Ciąg dalszy z Nru poprzedniego. — W *Nowinach Lek.* Nr. 10: Międzynarodowy Zjazd lek. w Berlinie. — W *Gazecie Lek.* Nr. 41: Zieńca: O wahaniach wagi ciała w przebiegu tyfusu brzusznego. — W *Wiadomościach Lek.* Nr. 6: Peszyńskiego: Przyczynek do leczenia pryszczycy ogólnéj ostréj. — W *Gazecie Lek.* Nr. 42: Orłowskiego: Otrucie 9 osób nasionami lulka czarnego; Strzemińskiego: Obce ciało w tęczówce; Arnsteina: Niezwykły przyp. gośćca stawowego.

Redakcyja otrzymała:

Prof. CYBULSKI: Ergebnisse d. Versuche ü. d. Gehirndruck (odbitka z *Anzeiger d. Akad. d. Wiss. in Krakau.* Mai, 1890), in 8-vo str. 3. — Prof. BROWICZ: Demonstration v. Bewegungsphänomenen an rothen Blutkörperchen in schweren anäm. Zuständen (odbitka z *Verhandl. d. Congresses f. innere Medicin*), in 8-vo str. 4. — F. KRAJEWSKI: Przyczynek do dochodzenia dzieciobójstwa (odbitka z *Medycyny*, 1890) in 8-vo str. 11. — Dr. N. CHODOUNSKY: Slovo o balneo- a klimatotherapii (odbitka ze *Sbírka prednasek z oboru lek.*) V Praze, in 8-vo str. 27. — Prof. E. HOFMANN: Ueber einige Leichenerscheinungen (odbitka z *W. m. Presse* Nr. 37 i 38 ex 1890), in 8-vo str. 12 (z wykładu tego zdaliśmy już sprawę w *Przegl. Lek.*). — Drowie WINTERNITZ i KARLIŃSKI w Stolacu: Zur Casuistik d. Fremdkörper im Kehlkopfe (odbitka z *Prager med. Woch.* 1890 Nr. 37) in 8-vo str. 2. — Dr. J. KARLIŃSKI w Stolacu: Untersuch. ü. d. Vorkommen d. Typhusbacillen im Harn (odbitka z *Prager med. Woch.* 1890, Nr. 35 i 36), in 8-vo str. 11. — Prof. BROWICZ. Weitere Beobachtungen ü. Bewegungsphänomene an rothen Blutkörp. in path. Zuständen (odbitka z *Centralbl. f. d. Med. Wiss.* 1890, Nr. 34) in 8-vo str. 2. — Dr. B. WICHERKIEWICZ: 12-te Sprawozdanie roczne zakładu leczniczego dla ubogich chorych na oczy w Poznaniu za r. 1889. Poznań 1890, w dużéj 8-ce str. 36. — A. PUŁAWSKI: Zupełne porażenie wszystkich kończyn trwające 2 doby (Odbitka z *Gazety Lek.* Nr. 40, 1890) in 8-vo str. 5. — Dr. KORITSCHONER: Klin. Versuche ü. d. Diuretin „Knoll." (Odbitka z Nr. 39 *W. klin. Wochenschrift.* 1890) in 8-vo str. 10. — Prof. HOFMOKL: Über 2 Fälle v. Verletzung. d. weibl. Geschlechtstheile d. stürm. Coitus verursacht (Odbitka z *Intern. klin. Rundschau* 1890) in 8-vo str. 8. — Prof. Jaroslav HLAVA: Práce z oboru pathol. anatomie a bakteriologie. V Praze 1890, in 8 vo str. LIV i 189, z 2 tabl. — Prof. KRAFFT-EBING: Psychiatrie u. Staatsexamen (Odbitka z *W. klin. Woch.* 1890, in 8-vo str. 9.

Sprostowanie. W Nrze 43 w artykule „Dwie operacyje wągra", w szpalcie 1 éj wiersz 11 od dołu, zamiast: „...na 45 oper. przypadków wykazać może 20" — powinno być: „wykazać może 30".

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dnia 5-go b. m. o godzinie 6 téj po południu w gmachu kliniki chorób wewnętrznych w dawnéj sali wykładowéj kliniki chirurgicznéj posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. Obaliński przedstawi chorego okazującego przypadki choroby zwanéj *ischias scoliotica.* 2) kol. Hempel przedstawi rzadki przypadek pęknięcia tętnicy głównéj. 3) kol. Buzdygan będzie miał rzecz o *myxoedema.* 4) kol. Obaliński mówić będzie o pęknięciu nerki jako wskazaniu do wyjęcia téjże.

Posiedzenie **Towarzystwa ginekologicznego** odbędzie się 4 b. m. w pracowni Doc. Marsa o godzinie 6-téj wieczorem.

Porządek dzienny: 1) Odczytanie protokółu. 2) Doc. Mars okaże kilka preparatów drobnowidowych.

* Przed zamknięciem Nru dochodzi nas smutna wiadomość o zaszłéj dziś śmierci prof. zoologii w Uniw. Jagiell. Dra Nowickiego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 8 Listopada 1890. Nr. 45.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota. w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. O istocie „ucisku mózgu“ i o zasadach leczenia t. zw. „objawów uciskowych“.

Wykład miany w streszczeniu na międzynarodowym Zjeździe lekarzy w Berlinie 1890 r.

Podał

Prof. Dr. Adamkiewicz.

Jeśli o sprawie, o któréj tutaj traktuję, nie podaję przeglądu historycznego rozwoju, to nie czynię to z tego powodu, że lekceważę zwyczaj czcigodny uwzględnienia i historyi w sprawach naukowych, lecz jedynie dlatego, że fakta, które tutaj rozwijam, nie posiadają innych historycznych poprzedników jak moje własne prace, do których będę miał sposobność niżéj nieraz się odwołać. Wszystko bowiem, co przed mojemi badaniami pisano o „ucisku mózgowym“, wychodzi z zapatrywania, że istota nerwowa jest nieściśliwą i stara się o argumenta, aby udowodnić możebność „ucisku mózgu“. Ja zaś nie mogłem się przekonać, że istota mózgu jest nieściśliwą, ani nie mogłem znaleźć nigdy warunków, któreby w czaszcze wywołać mogły ucisk mózgowy. I szukając za nowem tłumaczeniem objawów, które odnoszono do ucisku mózgu, doszedłem do szeregu faktów, które nietylko te objawy w nowem przedstawiły świetle, ale które zarazem obznajomiły nas ze skutkami ściśnienia mózgu, dotąd zupełnie nieznanego.

A mimo to nazwaćby to można niepoznaniem znanego prawa przyrody, jeśliby się ktoś na to nie zgodził, że jak światło tylko w ciemności wybitnie i jasno świeci, tak prawda tylko tam występuje w swojéj prawdziwéj postaci, gdzie w obec cieni mylnego badania, ostremi występuje konturami. Nie można przeto lekceważyć znaczenia badań, które służyły dawniejszéj nauce o ucisku mózgu. Spełniam zatem obowiązek sprawiedliwości, jeśli na tem miejscu przypominam zasługi, jakie mężowie jak v. Bergmann, Leyden, Naunyn i wszyscy ci, którzy w zamiarze znalezienia prawdy w tym dziale sumiennie pracowali, dla nauki o ucisku mózgu w ogóle położyli.

Znaczenie ucisku mózgu w patologii mózgu.

Do niedawna patologija mózgu stała pod wpływem jednéj nauki — nauki o „ucisku mózgowym“. Nie istniało żadne cięższe zajęcie mózgu i żaden nie istniał uraz, gdzieby „ucisk mózgowy“ ważnéj nie odgrywał roli i nie był uważanym jako główna podstawa najcięższych objawów. Jeśli po urazie czaszki chory porażony, ciężko oddechając z zmniéjszoném tętnem i skłonnością do wymiotów, leżał bez przytomności, to te objawy odnoszono do „ucisku mózgowego“. „Uciskiem mózgu“ tłómaczono ból głowy i tarczę zastoinową, które towarzyszą nowotworowi rosnącemu w mózgu. A jeśli chory na zapalenie gruźlicze opon mózgowych w śpiączce, wzrokiem osłupionym, oczami drgającemi i wśród drgawek umierał, to był to znowu „ucisk mózgowy“, skutkiem którego chory miał ginąć.

A ważna była przyczyna, dlaczego nauka o ucisku mózgu doszła do tego dominującego znaczenia w patologii mózgu. Wszak najróżnorodniejsze sprawy chorobowe śródczaszkowe objęła niejako w jednę formę i zdawała się tłómaczyć najwięcéj skomplikowane sprawy niejako jednym wyrazem.

Nauka bowiem uczyła, że istota mózgu jest nieściśliwą, gdyż i woda, z któréj się mózg w główněj części składa, jest jak wiadomo nieściśliwą. A ztąd miało wynikać, że jeśli jama śródczaszkowa, znajdująca się między mózgiem a czaszką, wypełniona cieczą mózgordzeniową, skutkiem nowych produktów patologicznych, jak kawałków kości, płynów zapalnych i rosnących nowotworów zostaje zwężoną, to w takich stosunkach niezwykłych nie mózg, ale płyn mózgordzeniowy musi ustąpić (się usunąć), do czego ma najlepszą sposobność przepływając z jamy czaszkowéj do jamy opony twardéj kanału kręgowego. A ponieważ ta jama opony twardéj tylko do pewnego stopnia odpowiadającego jéj rozciągliwości przyjąć

może płyn mózgordzeniowy, miało więc być jasnem, że przy znaczniejszych ogniskach śródczaszkowych jama opony twardéj nie może przyjąć więcéj płynu z czaszki do kanału rdzeniowego. A teraz ognisko śródczaszkowe zmusza płyn mózgordzeniowy do zastosowania się do miejsca, które wolnem pozostaje i skutkiem tego napięcie jego przekracza naturalne granice. Tak ma powstać powiększenie ucisku śródczaszkowego, czyli t. z. „ucisk mózgowy“.

A płyn mózgordzeniowy znajdujący się pod podwyższonem parciem musi uciskać swoje ściany, z jednéj strony kości czaszki twarde i niepodatne, a z drugiéj strony mózg „nieściśliwy“. Skutkiem tego mają zostać uciśnięte naczynia krwionośne przedewszystkiem włosowate, przebiegające w oponie miękkiéj i w ten sposób krew z nich zostaje wyciśniętą i tak powstać ma niedokrewność mózgu. A ponieważ mózg dla swych funkcyj potrzebuje krwi, więc jest zupełnie jasném, że mózg skutkiem ucisku musi w swych funkcyjach zostać upośledzonym. Następstwami tego upośledzenia czynności mózgu mają być przedewszystkiem drgawki, zaburzenia w oddechaniu i w czynności serca, *nystagmus*, wymioty. A ponieważ zostają razem z naczyniami włosowatemi uciśnięte żyły, więc utrudnionym ma być odpływ krwi żylnéj z czaszki, która stagnuje w żyłach i w ten sposób wywołuje tarczę zastoinową. A wreszcie następują śpiączka i śmierć.

Dla zbadania prawdziwości tych twierdzeń wywoływano sztucznie ucisk mózgowy na zwierzętach w ten sposób, że wtłaczano pod pewnem parciem przez otwór trepanacyjny do czaszki albo masy płynne, które późniéj tężeją, albo płyny. I rzeczywiście nietylko miało się udać wywołać na zwierzętach wszystkie t. z. „objawy uciskowe mózgu“, ale nawet miało się udać wykazać, jak każdemu uciskowi odpowiada właściwy objaw uciskowy i jak taki ucisk wywołuje śmierć, który jamę mózgową wprawia w ucisk, równający się uciskowi w tętnicy szyjnéj (*carotis*) i, jak sądzono, w ten sposób przerywając przypływ krwi tętniczej do mózgu.

Na czterech zatem filarach opiera się ta ważna nauka o ucisku mózgowym. A podstawy te są: Nieściśliwość tkanki nerwowéj, podwyższone parcie cieczy mózgordzeniowéj wypieranéj przez ogniska śródczaszkowe, ucisk naczyń włosowatych czyli niedokrewność mózgu i zaburzenia w czynności mózgu, skutkiem niedokrewności powstające w postaci t. z. objawów „ucisku mózgu“.

Teraz zachodzi pytanie, czy te podstawy są prawdziwe i czy wytrzymują krytykę? Badajmy je pod tym względem.

1. Zmniejszenie obszaru jamy czaszki skutkiem ognisk.

A) Tkanka nerwowa jest ściśliwą.

Nieściśliwemi nazywa fizyka te ciała, które zamknięte w naczyniu o ścianach nieprzepuszczalnych pod wpływem uciskającego tłoku nie zmniejszają się pod względem objętości. Gdybyśmy chcieli zbadać pod tym względem istotę mózgową, musielibyśmy ją włożyć do naczynia ze szkła lub żelaza i w temże ścisnąć. Ale możemy się obejść bez tego doświadczenia, gdyż byłoby ono możebném tylko z masą mózgu nieżywą. A nauka o ucisku mózgu twierdzi, że mózg żywy nie zmienia pod wpływem ucisku swéj objętości.

A teraz przypatrzmy się, czy mózg żywy w czaszce zamknięty pod wpływem ucisku swéj objętości nie zmienia. Przedewszystkiem nie ulega wątpliwości, że zwłaszcza powoli rosnące nowotwory żywą istotę mózgu jak i rdzenia mogą ścisnąć tak dalece, że zmniejszają je o znaczną część, a mimo tego nie zmienia się ich funkcyja, t. j. nie zostają materyjalnie uszkodzone. Już kilkakrotnie dałem na to kliniczne dowody.

Doświadczalnie jeszcze wybitniéj to wykazać można. Jeśli się u zwierzęcia włoży między czaszkę a oponę twardą kawałek blaszkownicy, to to ciało pęczniejące działa podobnie, jak powoli rosnący nowotwór śródczaszkowy. W ten sposób można wypełnić czaszkę królika aż do jednéj szóstéj objętości bez wywołania najmniejszych zaburzeń w czynności mózgu. Jeśli się po śmierci zwierzęcia bada stosunek blaszkownicy do istoty mózgu, to z łatwością znajdzie się rozwiązanie tego dziwnego wyniku. Ciało obce napęczniałe leży w istocie mózgu, jakby wyścielone w istocie miękkiéj, bez zmienienia takowéj, i pozostawia po ostrożném wyjęciu zupełny odcisk swego kształtu.

Jeśli się bada drobnowidowo te miejsca uciśnięte tkanki mózgowéj, to można z łatwością się przekonać, że składniki tkanki nerwowéj zbliżyły się do siebie i że się zmniejszyły. I w ten sposób dostaje się najlepszy dowód, że żyjąca istota mózgowa skutkiem ucisku gęstnieje, a zatem jest ściśliwą w rzeczywistem tego słowa znaczeniu.

Łatwo też znajdziemy wyjaśnienie mechaniczne dla tego tak ważnego zdania. Mózg bowiem zawierający 80% wody nie znajduje się w naczyniu szklanem ani w żelaznem. Czaszka, która go zawiera, jest kością dziurkowatą, przeszytą tysiącami kanałów i kanalików, kość która nie oddziela soków mózgu od soków krążących w reszcie ciała, ale takowe utrzymuje w otwartéj komunikacyi. A jak znaczne są te komunikacyje, wykażę późniéj odrębnem doświadczeniem.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O wycinaniu macicy.

Wykład miany na II-gim zjeździe chirurgów polskich w Krakowie

przez

Prof. L. Rydygiera.

(Dok. Patrz Nr. 44).

Z 16 przypadków wycięcia macicy przez pochwę jeden tylko przypadek śmierci mogę zapisać na karb operacyi i to u osoby w bardzo podeszłym wieku z daleko bardzo posuniętem cierpieniem. Część pochwowa macicy i dolna część szyjki była do tego stopnia rozpadnięta, że nie mogłem żadnemi kleszczami uchwycić macicy i na dół ściągnąć, a oddzielenie sklepienia przedniego i pęcherza od macicy mogłem tylko w ten sposób uskutecznić, że uciskając lewą ręką przez powłoki brzuszne na trzon, spychałem go na dół i ku palcowi wskazującemu prawéj ręki, którym na tępo oddzielenie uskuteczniłem. Mimo poprzedniego przepłukania, mimo ucisku dość silnego na trzon w czasie operacyi zdarzyło się, że dopiero po odcięciu więzadła szerokiego i jajnika po lewéj stronie, kiedy potem ściągałem macicę na dół, wylało się kilka kropli ropy z niéj do rany tak, że muszę przypuścić, że ropa ta może z trąbki wypłynęła. Widząc to, natychmiast spłukałem ranę i dopiero potem ukończyłem przecięcie wię-

zadła po prawéj stronie. Mimo to nastąpiło ograniczone zapalenie otrzewny w dolnéj części, ciepłota tylko miernie się podniosła, ale chora już wyniszczona i osłabiona przenieść tego nie mogła i nastąpił *exitus lethalis.*

W drugim przypadku, gdzie śmierć nastąpiła w 7 tygodni po operacyi, nie mogę jéj przypisywać zabiegowi, raczéj nieszczęśliwemu przypadkowi. Chorą tę operowałem 23 listopada r. 1886, będąc jeszcze w Chełmnie. Kiedym więzadło szerokie po lewéj stronie przeciął i macicę na dół ściągnął, zaczęły się jelita wysuwać. Żeby temu przeszkodzić wsunąłem dość wielki kawał gazy antiseptycznéj, a następnie ukończyłem operacyję, przecinając więzadło po prawéj stronie. Po ukończonéj operacyi chciałem gazę wyciągnąć, ale nie znalazłem jéj już na miejscu. Mimo pilnego poszukiwania, wprowadzenia całéj ręki do jamy brzusznéj, gazy nie znalazłem. Zastanowiłem się nad tem, czy nie dodać laparotomii i z góry nie szukać, ale zdecydowałem się odczekać, spodziewając się, że aseptyczna gaza na razie nie wywoła groźniejszego zapalenia, a powoli może na dół się opuści. Jako też z początku po operacyi nie była ciepłota podniesiona. Dopiero po kilku dniach zaczęła się ciepłota wieczorem podnosić i większa ilość ropy przez pochwę wydzielać. Zaprowadziłem gruby na kilkanaście centymetrów długi sączek w lewą stronę w kierunku do talerza biodrowego, gdzie czułem od zewnątrz większą oporność. Przez 6 tygodni stan ten się utrzymywał, znaczna ilość ropy ciągle się wydzielała, dopiero w 7 tygodni przy silniejszem przepłukiwaniu wypadł kłąb gazy ropą przesiąkniętéj. Uradowany myślałem, że teraz nastąpi wkrótce zupełne wyleczenie. Niestety wystąpiły zaraz dnia następnego kilka razy dreszcze i inne objawy pyemii i chora umarła 16/1 1887 r., więc przeszło 7 tygodni po operacyi. Przyznacie mi Panowie, że tego zejścia żadną miarą nie można operacyi przypisać, a tylko nieszczęśliwemu przypadkowi. Nie znam wyników innych operatorów polskich, ale już moje, a jeszcze więcéj M a t l a k o w s k i e g o dowodzą, jak mało niebezpieczną jest ta operacyja. Niemieccy i inni operatorowie mieli większą wprawdzie śmiertelność ale stosunkowo do wielkości operacyi śmiertelność ta jest też niską: i tak M a r t i n podaje na 134 operacyj 22 przypadków śmierci, a więc przeszło 16% śmiertelności; jeżeli zaś uwzględnimy tylko wykonania wycięcia macicy wskutek raka, miał 66 przypadków, z których 11 zakończyło się śmiercią, to jest przeszło 18% śmierteln. F. M ü n c h m e y e r [1]) podaje, że w 110 przypadkach operowanych w klinice drezdeńskiéj umarło 6, a z 80 operowanych wskutek *carcinoma* umarło 4. S e c h e y r o n [2]) zestawia 337 przypadków wycięcia macicy przez rozmaitych operatorów od roku 1883 do 1887 i oblicza na 16·9%. O l s h a u s e n liczy 10·15%. S c h a u t a 7·6%. K a l t e n b a c h na 80 operowanych utracił tylko dwie. W ostatnich czasach i tak już mała śmiertelność po téj operacyi jeszcze coraz więcéj się obniża tak, że z pewnością się nie zawiedziemy, jeżeli przyjmiemy tylko około 5% śmiertelności.

Co zaś do saméj operacyi, to pozwolę sobie zrobić króciutką uwagę historyczną. Według własnego twierdzenia wyciął w roku 1507 pewien średniowieczny operator nazwiskiem C a r p u s macicę z dobrym skutkiem, a przed nim nawet, ojciec jego. Opisuje on ten fakt w swéj anatomii, wydanéj w roku 1535, a udzielonéj mi łaskawie przez Dra R o s n e r a, jak następuje:

Potes (matrix) pati omne genus morbi, saepe procidit et tota potest extrahi e corpore durante valetudine: unam matricem corruptam ego vidi extrahi integre in terra Carpi, a genitore meo: quae sanata est et diu vixit.

Ego etiam Bononiae extrahi unam aliam integre, quae erat cancrenata anno 1507 mense Mai, quae supervixit sana.

Unam aliam corruptam me praesente nepos meus ex fratre, Damianus, extraxit integre in caetu doctorum et multorum Scholasticorum anno Domini 1520, die quinto Octobris. Ista ultima nomine Gentilis erat uxor Christophori Brianti de Mediolano habitatoris Bonn, in contrata dicta lo inferno, quae hora ista 1522, decima Novembris est sana et exercet negotia familiaria.

Si majora quaeris, vide commentaria mea supra anatomiam Mundini.

Zdaje się więc, że rzeczywiście już wtenczas na początku XVI. stulecia wycinano macicę, chociaż wyobrażenia o jéj kształcie nie miano dokładnego, o czem świadczy rycina w téjże anatomii, którą autor uważa za wielkie dzieło sztuki i w tych słowach chwali:

Et ut aliqualiter tibi satisfacias de sua figura loco: et situ videas infrascriptas figuras immediate sequentes (ad quas videndas non veniat, qui non est ingeniosus et expertus in lineis et umbra) seu in pictura; que multum juvat medicos et alios multos artificis.

S c h r o e d e r podaje jako pierwszego operatora, który wyciął rakowatą macicę w roku 1822, S a u t e r a z Konstancyi, inni L a n g e n b e c k a starszego. Wiem, że i G i r s z t o w już bardzo dawno wyciął macicę przez pochwę, wyłuszczając ją z otrzewny.

Na zakończenie dodam tylko jeszcze kilka słów o sposobie operowania: Postępuję według O l s h a u s e n a, jakto i S c h r o e d e r zaleca: wycinam macicę nie przewracając jéj. Ma to pewne zalety, a mianowicie: nie narażamy choréj tak łatwo na zakażenie rozpadającemi się tkankami rakowatemi. Podwiązki zakładam tylko na zewnątrz od zrobić się mającego cięcia, dawniéj przecinałem pomiędzy podwójnie założonemi podwiązkami; utrudnia to i przedłuża daremnie operacyję, a nie jest potrzebnem. Do zakładania podwiązek używam Dechampa odgiętego pod kątem rozwartym według Hahna, jestto nadzwyczaj wygodne narzędzie. W ostatnich przypadkach próbowałem Martinowskiego sposobu operowania, ale muszę przyznać, że odstąpiłem od niego, bo obrąbiając przecięte sklepienie, zwężamy otwór, przez który późniéj mamy macicę wydobyć. Jego krótkie wzierniki natomiast bardzo się zalecają i są daleko lepsze, niż Simonowskie, bo zezwalają ściągnąć na dół macicę. Kleszczy Richelota nie używam, bo obawiam się przypadkowego otwarcia lub zesunięcia. Raz tylko (w przedostatnim przypadku) założyłem kleszcze te na prawe więzadło u dołu, gdzie naciek rakowaty tak daleko w bok sięgał, że trudno było podwiązkę poza niego założyć i w tym przypadku musiałem na nieszczęście końcem kleszczyków ucisnąć kawałek ściany pęcherza, bo w kilka dni po odjęciu kleszczy wytworzyła się przetoka pęcherzowo-pochwowa. Sklepienia nie zaszywałem nigdy i nie widziałem ztąd żadnego niekorzystnego powikłania.

Sączek gruby zawinięty w gazę jodoformową zakładam do pochwy tak, żeby sięgał aż nieco powyżéj przeciętych jéj

[1]) *Arch. f. Gyn.* Bd. 36, Hft. 3. — [2]) *Volkmanns klin. Vortr.* 337, pag. 39 resp. 3231.

ścian; naokoło niego wsuwam paski gazy jodoformowéj. Tylko raz u osoby tłustéj widzieliśmy z tego powodu objawy poważniejszego zatrucia jodoformowego. Naturalnie trzeba wtenczas usunąć gazę jodoformową i zastąpić ją sublimatową. Opatrunek pierwszy zostawiamy 5—7 dni, jeżeli nie występują objawy nakazujące wcześniejszą jego zmianę.

III. Z pracowni profesora Cornila w Paryżu.

O udziale krwi w powstawaniu produktów zapalnych.

Napisał
Andrzéj Obrzut z Pragi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44.)

Jądra przedstawiają znaczne odmiany pod względem rozmiarów, liczby, ilości i rozłożenia istoty chromatycznéj. W komórkach największych o pierwoszczu szklistem jądra mają znaczne rozmiary, jednak z istoty chromatycznéj widzimy tylko jedno lub dwa maleńkie jąderka ułożone w istocie chromatycznéj, więcéj ziarnistéj, od przyległego pierwoszcza i ostro od niego odgraniczonéj. W komórkach o pierwoszczu więcéj ziarnistem lub włókienkowatem jądra są zazwyczaj obfitsze w chromatynę. Nie jest to jednak regułą. Często znów ta istota chromatyczna jest rozprószona po całem jądrze w postaci ziarn różnéj wielkości i włókienek krótkich, przypominających w zupełności na innem miejscu opisane płytki z ciałek czerwonych powstałe, a oddziaływające na barwy podobnie jak chromatyna. Takie skupiny istoty chromatycznéj z samych krótkich włókienek jakby z płytek z boku widzianych złożone, znajdujemy i w krwi naczyń krwionośnych, jako też i w złogach istoty siatkowatéj, którą autorowie za włóknik uważają.

Istota międzykomórkowa, obejmująca wyżéj opisane wielkie komórki, okazuje pewne różnice zależne od grubości i różnych warstw tak zwanéj *substantia compacta*. Wypowiedzieliśmy już zdanie co do istoty międzykomórkowéj, mianowicie co do jéj genezy, opisując zjawiska we krwi naczyń spostrzegane. Powiedzieliśmy, że pomiędzy wielkiemi komórkami znajdują się liczne zatoki krwionośne. Te zatoki tworzą jak gdyby środki, z których promienisto wychodzą włókna pomiędzy przyległe wielkie komórki, tworząc ich istotę międzykomórkową. Ta istota grubieje w licznych miejscach i wypełnia dokładnie przestwory pozostałe pomiędzy wielkiemi komórkami. Jak widzieliśmy, wzięła ona początek z ciałek czerwonych, których pewne skupiny większe lub mniejsze utraciły istotę barwiącą, a która nagromadziła się w pewnych miejscach w postaci włókien różnie grubych. Te włókna, jak barwik krwi zabarwione, stanowią w zatokach krwionośnych początek substancyi międzykomórkowéj, która tuż przy zatoce okazuje jeszcze to właściwe zabarwienie. Istota ta międzykomórkowa jest w dalszym przebiegu bezbarwna, często jednak w miejscach gdzie jest najszerszą, to zabarwienie żółto zielonawe wraca, a nawet możemy wykryć w niéj kontury ciałek czerwonych. Co do jéj budowy, to jest ona albo jednostajną albo drobnoziarnistą albo delikatnie włóknistą, a barwi się często silnie safraniną i gencyjaną albo w całości albo tylko na brzegach lub w środku. Części barwiące się mają wejrzenie włókienek lub nieregularnych grudek, a granica ich jest jużto ostra, jużto niewyraźna. Barwa safraniny lub gencyjany w tym ostatnim razie powoli znika na brzegach części zbarwionych i istota międzykomórkowa przybiera wejrzenie bezbarwne, lub brunatnawe lub wreszcie barwika krwi.

W licznych miejscach nie przyszło do wytworzenia owych wielkich komórek.

W tych miejscach, gdzie tak zwana *substantia compacta* części macicznéj łożyska dochodzi do znaczniejszéj grubości, znajdujemy wielkie, często owalne lub wrzecionowate komórki ułożone w skąpéj istocie międzykomórkowéj. W częściach głębszych t. j. bliżéj kosmków płodowych zaczyna przeważać istota międzykomórkowa, aż w pewnych miejscach komórki zupełnie znikają, na miejscu ich znajdujemy przestwory próżne, przypominające niekiedy swemi rozmiarami owe wielkie komórki, ale najczęściéj są to przestwory nieregularne najrozmaitszych rozmiarów, począwszy od zaledwie widzialnych aż do rozmiarów odpowiadających dwom trzem i więcéj komórkom wielkim. Przestwory te, jak wspomnieliśmy, są próżne, często jednak wypełnione są masą delikatnie ziarnistą bezbarwną bez jąder. Przestwory takie próżne lub wypełnione ową ziarnistą bezbarwną masą, pomięszane są z przestworkmi wypełnionemi przez wielkie komórki. Istota międzykomórkowa tworzy tym sposobem siatkę o różnie grubych włóknach i różnie wielkich oczkach, stanowiąc przejście do mas jednolitych barwy ciałek krwi czerwonych. Masy te według autorów są włóknikiem. Miejscami są one zbite, miejscami widzimy w nich szczelinki owalne, podłużne, nieregularne, w których często znajdują się leukocyty lub nagie nieregularne ziarenka istoty chromatycznéj. Te masy barwią się miejscami safraniną tylko lekko, miejscami bardzo silnie, miejscami zaś jak wspomnieliśmy mają barwę ciałek czerwonych. Z téj to istoty wychodzą liczne, coraz bardziéj cienczejące wypustki, które zapuszczając się między sąsiednie wielkie komórki, stanowią dla tych ostatnich istotę międzykomórkową, przybierając przytem często wejrzenie wyraźnie włókienkowate zwykłéj tkanki łącznéj.

Jeszcze kilka słów o różnicach, jakie okazują pod względem budowy różne warstwy *substantia compacta*. Na powierzchni jéj macicznéj znajdujemy ciałka krwi czerwone, na których często spotykamy zmiany, które, jak to wyżéj przedstawiliśmy, dają początek wielkim komórkom i istocie międzykomórkowéj. Następuje daléj warstwa wielkich komórek owalnych i wrzecionowatych. W miarę zbliżania się ku łożysku płodowemu komórki te stają się okrągłemi, istota komórkowa zaczyna nad niemi przeważać. Od przestworów międzykomórkowych *substantia compacta* zamknięta jest istotą włóknistą o włóknach równoległych do międzykosmkowych przestworów. Na samym brzegu włókna téj istoty różnie szerokiéj barwią się silnie safraniną i gencyjaną. W różnych łożyskach w różnym stopniu każda z tych warstw jest rozwinięta. W łożyskach o grubéj *substantia compacta* ta grubość polega głównie na istocie międzykomórkowéj i szerokich zatokach krwionośnych.

Co do tak zwanych *septa placentae*, to budowa ich jest identyczną z głębszemi warstwami *substantia compacta*, tj. składają się głównie z istoty takiéj saméj jak międzykomórkowa tamże i z nielicznych okrągławych komórek nieco mniejszych niż przy powierzchni macicznéj w *substantia compacta*. Częściéj tu spotykamy wybitną tkankę łączną z szerokiemi i licznemi naczyniami krwionośnemi.

W krótkości wspomnimy jeszcze o tak zwanych infarktach łożyskowych, tak często napotykanych w prawidłowych zresztą łożyskach. Pod względem histologicznym mamy przed sobą obliteracyję przestworów międzykosmkowych (*cavités intervillaires*). Obliteracyja ta polega na przemianie jednolitéj lub włóknistosiatkowatéj krążących tutaj ciałek czerwonych. Powstała z téj przemiany siatka o grubych nieraz włóknach okazuje nasyconą barwę ciałek czerwonych, t. j. żółtozielonawą, często zaś barwi się miejscami silnie safraniną i gencyjaną. Kosmki same są obliterowane, t. j. naczynia ich nie są widoczne, a przybłonek pokrywający je zupełnie zanikły. Taka siatka międzykomórkowa, obliterująca przestwory, jest w ścisłym związku z ową warstwą włóknistą, zamykającą od téj strony istotę zbitą i zdaje się być tylko jéj dalszym ciągiem. W tychto obliterowanych przestworach przychodzi do wytworzenia prawdziwéj tkanki łącznéj i to ze składników krwi w ten sposób, że wśród ciałek czerwonych zjawia się większa liczba leukocytów, z tych powstają komórki owalne i wrzecionowate, a z ciałek czerwonych włókienkowata istota międzykomórkowa. W innych przestworach międzykosmkowych liczba leukocytów nie zwiększyła się, a ciałka czerwone przeszły w siatkę hemoglobinową lub barwiącą się energiczne safraniną i gencyjaną.

Podobny obraz, jak infarkty łożyskowe, przedstawiają

5) raki przybłonkowe; 6) raki włókniste (*scirrhus*), oba przydarzają się w wieku późniejszym; 7) mięsaki. Rozróżnienie tych trzech ostatnich guzów jest łatwe, uwzględniając, że *scirrhus* stanowi guz twardy, o powierzchni nierównéj, mięsak zaś jest elastyczny o powierzchni gładkiéj, a rak przybłonkowy zwykle do rozmiarów guzów poprzednich nie dochodzi. Wszystkim wspólne jest: ból i możność wybadania ich *per rectum* w odróżnieniu od brodawczaków, których tą drogą wykazać nie podobna. Co do leczenia guzów złośliwych pęcherza, to Th. radzi ograniczyć się do utrzymywania sił chorego, podawać makowiec (podskórnie), ale wstrzymywać się od operacyi, takowa bowiem przyspiesza zgon operowanego. W razie wątpliwości co do rozpoznania poleca autor zrobić małe cięcie próbne w linii środkowéj międzykrocza, otwierające część błoniastą cewki i tą drogą wszedłszy palcem guz obmacać. Sposób ten pewny nie przeszkadza bynajmniéj mającéj ewentualnie nastąpić operacyi radykalnéj. W końcu nie bardzo przychylnie autor wyraża się o endoskopii Leiterowskiéj, jako zbytecznéj, gdyż nietylko drażni bardzo błonę śluzową pęcherza, zdolnéj dlatego sprowadzić niemiłe następstwa, ale też zwykle wcale rozpoznania nie ułatwia. *Dr. Ebersohn.*

Choroby weneryczne i skórne.

Camera: **O leczeniu** *pustulae malignae* **i wąglika.**

C. poleca następujące, przez siebie wielokrotnie wypróbowane leczenie wymienionych chorób: Naokoło nacieku, na odległość kilku milimetrów od takowego prowadzi się w skórze zdrowéj cięcie koliste, następnie przez całą grubość tkanki naciekłéj cięcie krzyżowe, albo kilka promienistych cięć, poczem tamuje się krwotok. Następnie posypuje się drobno sproszkowany sublimat w ilości 4 do 15 centigramów, odpowiednio do wielkości pustuły, przyczem trzeba starannie na to baczyć, aby sublimat dostał się aż do saméj podstawy wszystkich cięć, także i cięcia kolistego. Rany pokrywa się watą. Rozumie się samo przez się, że należy chronić zdrową skórę w otoczeniu przed nadżerającem działaniem rozpływającego się sublimatu. Po kilku tygodniach odpada kawał nekrotycznéj skóry, odpowiadający cięciu kolistemu, pozostawiając dobrze granulującą powierzchnię ranną, która się szybko zabliźnia. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* Rocznik XX).

Dr. Baschkopf.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Posiedzenie Tow. lek. czeskiego w Pradze d. 20/10 1890.

Prof. Hlava mówił o wybroczynowem zapaleniu trzustki i nekrozie tkanki tłuszczowéj. Praca ta wyszła niedawno w zbiorowéj księdze p. t. „Práce z oboru pathologické anatomie a bakteriologie". Str. 139. (*Pancreatitis haemorrhagica et la necrose du tissu adipeux).* Prelegent przytoczył dwa przypadki nekrozy tkanki tłuszczowéj, w jednym przypadku obumarła tkanka tłuszczowa trzustki, w drugim tkanka tłuszczowa otrzewnowa. W obu przypadkach zastój żylny był długotrwający w wysokim stopniu, nawet i w małych naczyniach włosowatych. Wydaje się prawdopodobnem, że właśnie ten długotrwały zastój wywołał obumarcie tkanki tłuszczowéj, raz w trzustce, drugi raz w otrzewny. W trzecim przypadku głowa trzustki zmienioną była w masę miękką, ciemnozieloną, bezwonną, w reszcie trzustki znaleziono wybroczyny. Badanie wykazało obumarcie tkaniny, a w niektórych miejscach laseczniki barwiące się w rozczynie Löfflera. Hodowle nie powiodły się. W celu przekonania się, czy można eksperymentalnie wywołać wybroczynowe zapalenie trzustki, wstrzykiwał prof. Hlava psom i królikom najróżniejsze mikroby wprost do trzustki po poprzednio wykonanéj laparatomii. *Staphylococcus pyogenes aureus*, *pneumobacillus* Fränkel — Weichselbauma, *b. pyogenes foetidus*, *b. coli communis*, *mucor corymbifer* i *b.* dyfteryi Löfflera. Udało się w końcu otrzymać słabe zapalenia wybroczynowe po wstrzyknięciu *b. neapolitanus*. Również i po wstrzyknięciu b. Löfflera zawieszonych w bulijonie nawet w bardzo małéj ilości wywołano zapal. wybroczynowe w trzustce i spostrzeżono nekrozę tkanki tłuszczowéj naokoło trzustki. Badanie drobnowidowe miejsc zapalnych wykazywało rozszerzenie naczyń, wyemigrowanie elementów poza obręb tychże i degeneracyje komórek tłuszczowych, brak jednak zupełny laseczników. Te doświadczenia pouczają, że niektóre laseczniki wywołać mogą zapalenie trzustki i jéj obumarcie, że więc ta choroba może być infekcyjnéj przyrody.

Dr. E. Kozierowski.

VI. O pobycie chorych we Włoszech Południowych.

Opowiedział

Prof. Jaworski.

(Dok. Patrz Nr. 44.)

Z napojów dla chorych niezbędnych należy podnieść jakość mleka i wina. Mleko, które służy także jako śmietanka do rannéj kawy, znalazłem wszędzie złe, a to nietylko z powodu umyślnego dodatku wody, ale przeważnie z powodu złego żywienia krów. Dodać należy, że wszędzie dostaje się tylko mleko grzane, a nie przegotowane do wrzenia, co wobec braku kontroli weterynarskiéj nad bydłem i schludności mieszkańców nie jest obojętnem. Najczęściéj spotykamy się z mlekiem koziem, którego można zwykle dostać o każdéj porze dnia. Tak bowiem w małych jak i wielkich miastach stoją kozy na ulicach, a na żądanie wprowadzają je nawet na najwyższe piętra i można mieć każdéj chwili mleko prosto od kozy. Nie trzeba się jednak zbyt pilnie przypatrywać na ręce i naczynia używane do dojenia, aby smak do wypicia mleka nie uszedł.

Wino, które w hotelach do stołu dają, jest krajowe wino czerwone, słodkawe i mocne, jednak niewyrobione i niewystałe, jednem słowem za młode i bez szkody dla żołądka nie dające się polecić. Jestto zadziwiającem, że właściwe wina włoskie w kraju używane pomimo dobrych winogron są złe. Tylko we wielkich miastach można pić lepsze wina, których fabrykacyja jest w rękach Francuzów. Dobre wina, jakie we Włoszech piją, pochodzą z Francyi, są jednak droższe, niż u nas. Piwa krajowego nie napotyka się, często zaś monachijskie butelkowe w cenie 2—3 franków za flaszkę.

Nie można pominąć najpotrzebniejszego napoju, t. j. wody. Do picia służy, z wyjątkiem Neapolu, gdzie są wodociągi, zwykła deszczówka, którą zbierają podczas deszczu z taras, służących podczas pogody na przechadzkę, w cysterny. Przebywa ona tu w suchéj porze i po kilka tygodni, a wtenczas nie potrzeba mikroskopu, aby żyjątka długości palca w niéj zoczyć. Taką wodę nazywają Włosi czystą, jeżeli się ich uwagę na pływającą zawartość zwróci.

Tak tedy opisane powyżéj stosunki nie dają lekarzowi gwarancyi, że chorzy jego wysłani do Włoch południowych, tam znajdą pomieszczenie i odżywienie odpowiedne do swego stanu chorobowego. Szczególniéj należy przestrzedz przed posyłaniem chorych z cukrzycą, dla których kuchnia włoska zupełnie jest niewłaściwą. Natomiast ceny hotelowe są bardzo niskie. Pensyja dzienna, obejmująca wszystko, nawet wino i światło, wynosi w mniejszych miejscowościach przeciętnie 6—8 fr. dziennie, we wielkich zaś miastach 10—12 franków.

Sanatoryjów w południowych Włoszech niema wcale i zapewne nikt się łatwo o urządzenie takowych nie pokusi, gdyż nie znajdzie poparcia ani u gminy, ani u rządu, który jak dotąd zamiast zakładów produktywnych, ugniata ludność podatkami najrozmaitszego rodzaju. Co do bezpieczeństwa, niema się obecnie cudzoziemiec obawiać brygantyzmu lub Camorry neapolitańskiéj. Lecz ludność wogóle nie jest dla cudzoziemców szczerze usposobioną. A w tem bywa częściowo podtrzymywaną przez liczne duchowieństwo, które widzi w turystach inowierców (Anglików, Niemców, Rosyjan). Przed chorymi zaś płucnymi jest u ludności w Neapolitańskiem obawa bardzo rozpowszechniona.

Z miejsc, uchodzących za stacyje klimatyczne południowo-włoskie, wymienię następujące, które bądźto sam zwiedziłem, bądźteż o nich od wiarogodnych kolegów tamże przebywających słyszałem:

Neapol (Napoli), miasto zbyt ludne i nadzwyczaj ruchliwe, a przytem pełne pyłu tak, że mieszkania w samem mieście dla chorego niemożliwe. Najzdrowsze jeszcze umieszczenie można znaleść na Riva di Chiaja, mieszczącéj publiczny ogród nad brzegiem morza i daléj na wzgórzach wysunięte przedmieście Posilipo. Aczkolwiek Neapol nie nadaje się dla chorych płucnych, bo i sami Neapolitańczycy w celu leczenia tenże opuszczają, to przynajmniéj pobyt tam ma tę dobrą stronę, że można dyjetę według potrzeby lepiéj niż gdzieindziéj urządzić.

Wzdłuż drogi, prowadzącéj z Neapolu na południe do Pompei, znajduje się cały szereg hotelów, a mianowicie w miejscowościach: Portici, Resina, Torre del Greco, Torre-Anunziata, Valle di Pompei. Wszystkie te hotele są na sposób włoski urządzone niedogodnościami wyżéj opisanemi. Bywają jednak przez chorych Wlochów dość licznie uczęszczane, gdyż leżą u podnóża Wezuwiusza, którego wyziewom przypisują skutki lecznicze. Najświeższe powietrze znalazłem w Pompei, lecz liche urządzenie tamtejszych hotelów, najwięcéj uczęszczanych przez artystów i archeologów, dłuższy pobyt czyni niemożliwym.

Daléj na południu leżące wybrzeżne miasta jako stacyje klimatyczne w balneologiach wymieniane: Sorrento, ma kilka lepiej urządzonych hotelów, lecz jest od południa i wschodu wysokiemi górami otoczone, ma chłodne i wilgotne położenie, krótkie dnie, wiele cienia, a mało słońca; przeto nie nadaje się na pobyt zimowy, lecz bardzo licznie bywa uczęszczana przez ludność włoską w lecie, szczególniéj dla kąpieli morskich.

Amalfi [1]) małe miasteczko, w wąwozie między skałami nad morzem leżące, jest zwrócone zupełnie ku południowi. Z powodu słonecznego położenia od wiatrów ochronionego jest ono przez niektórych lekarzy włoskich ulubionem miejscem do wysyłki chorych płucnych, jednak zbyt ciasne uliczki znaczna niechlujność, strome położenie i brak przechadzek są przyczyną, że chorzy pobytu w tem mieście znieść nie mogą.

Jeszcze daléj ku południu, o dwie stacyje kolejowe od Salerno oddalona jest miejscowość klimatyczna położona w górach: Cava. Lecz stosownie do swego wysokiego położenia górskiego jest ona urządzoną tylko na pobyt letni.

Miejscowości nad brzegami morza adryjatyckiego i jońskiego jak: Bazi, Brindisi, Toronto są mocno zaniedbane, mają chłodniejszą zimę i są więcéj wystawione na działanie wiatrów, niż miasta na wybrzeżu zachodniem, to też na pobyt dla chorych nieprzydatne [2]).

Z wysp włoskich w pierwszym rzędzie należy wymienić Sycylię. Najważniejsze tu miejsce klimatyczne Palermo uważają sami lekarze włoscy jako szkodliwe dla dróg oddechowych z powodu pyłu nietylko w mieście powstającego, ale nanoszonego do miasta z wiatrem południowym (*scirocco*) i to w takiéj ilości, że roślinność pokrywa się warstwą żółtego kurzu [1]).

Acireale u podnóża Etny, cieplica, otwarta jest tylko w lecie jako miejsce zdrojowe, zimą obecnie zamknięta z powodu braku chorych.

Najwięcéj na południe wysunięte jest miasto sycylijskie Siracusa [2]). Dzisiejsze miasto jest bardzo ścieśnione, przechadzek jakoteż przystępu do morza, oprócz portu niema. Piękne otoczenie miasta, mieszczące ruiny starożytnego miasta nadawałoby się dla pobytu, lecz z powodu zupełnego braku mieszkań jest to niemożliwem.

[1]) Znajomość pojedynczych szczegółów o téj miejscowości zawdzięczam przeważnie wiarogodnéj relacyi tamże wysłanéj pacyjentki p. E. Michałowskiéj. — [2]) Dokładne wiadomości o tych miejscowościach zawdzięczam Drowi Götzowi, lekarzowi praktykującemu na wyspie Capri, który te wybrzeża szczegółowo zwiedził w zamiarze osiedlenia się tamże. — [1]) Powyższe zdanie wyjawił mnie prof. Cantani w Neapolu na podstawie swych doświadczeń z praktyki lekarskiéj. — [2]) Wiadomości co do tego miasta udzielił mi Dr. Mackenzie, który tam dłuższy czas przebywał.

Ostatecznie należy wspomnieć o Capri, historycznéj wyspie cesarza Tyberyusza Hotele leżą przeważnie na północnéj stronie nad brzegiem morza, lecz tylko w lecie mogą być zamieszkane. Dla zimowego pobytu jest na południowéj stronie nie wielki wybór mieszkań w miasteczku Capri, lecz ze wszystkiemi niewygodami włoskiemi. Czyściejsze powietrze jest w drugiéj osadzie téj wyspy w Anacapri, ale ciepłota powietrza jest tu niższa, niż w Capri. Przechadzek stosownych dla chorych brak zupełny, natomiast dla wycieczek i widoków miejscowość przepyszna, dlatego przez turystów i artystów licznie zwiedzana.

Okazuje się ze wszystkiego, że chory, przebywający w południowych Włoszech, znajduje się we warunkach dla jego zdrowia wogóle niekorzystnych tak, że sami lekarze włoscy dziwią się temu, po co chorych się tam posyła. Do tego należy dodać odmienne od naszych stosunki, utrudnione nawiązanie znajomości towarzyskiéj z powodu nierozumienia narzecza neapolitańskiego, aby zrozumieć uczucie osamotnienia każdego chorego. Nie należy jednak mniemać, aby nie można chorego wcale wysłać na pobyt do Włoch Południowych. Owszem, lecz to może uczynić z korzyścią dla zdrowia tylko bardzo zamożny, któremu trzeba dodać do towarzystwa osobę znającą dobrze język i stosunki miejscowe, następnie lekarza, któryby choremu wskazał, czy, gdzie i jak daleko ma chodzić, jak ma się żywić, a przestrzegał przed niekorzystnemi wpływami miejscowemi. W takiem towarzystwie należy wynająć dom z pięknym ogrodem, które w tym celu licznie się znajdują, bądźto nad brzegiem morza na przedmieściu Neapolu, Posilipo, bądź na stoku zachodnim Wezuwiusza, tam urządzić mieszkanie z piecami na nasz sposób i prowadzić dla siebie osobną kuchnię.

Czy posyłanie naszych chorych na zimę do Włoch jest właściwszem, niż w góry, nie chcę tu stanowczo rozstrzygać. Lecz sądzę, że dla naszego klimatu korzystniéj jest, że chory przyzwyczai się znosić zimno, co najczęściéj u najwrażliwszych się udaje. Przeto lepiéj wysłać go właśnie w początkach choroby w miejsca klimatyczne górskie dobrze urządzone, gdzie się równocześnie nauczy, jak ma w przyszłości w domu się zachować, aniżeli puścić go samopas bez kontroli lekarskiéj do Włoch, gdzie tylko z miejsca na miejsce bez żadnego celu się przenosi, tylko za szczęście sobie musi uważać jeżeli z pogorszeniem nie powróci lub nie przebędzie jakiéj choroby zakaźnéj, które wobec niechlujności, braku nadzoru lekarskiego a ciepłego klimatu są w Neapolitańskiem jeszcze więcéj rozpowszechnione, niż u nas.

VII. Wiadomości bieżące.

Maksymilian Nowicki + 30 X 1890

* **Kraków** d. 6 listopada. Uniwersytet nasz opłakuje nagły zgon jednego z najzacniejszych swych członków, męża, o którym bez przesady powiedzieć można, że urósł nie ze soli ani z roli, tylko z tego co boli. Od dziecięctwa łamał się z biedą, a wierna ta towarzyszka ani na chwilę nie przeniewierzyła mu się przez cały pracowity żywot. Mimo to nie poddawał się, dźwigał mężnie swój krzyż i pracował. Dobry obywatel, zacny i uczynny kolega, skromny prawie aż do przesady, nie uganiał się za zaszczytami, a był kochany przez uczniów, poważany przez starszych. Urodzony d. 9 października 1826 r. w Jabłonkowie w Galicyi, ukończył gimnazyjum i filozofiję we Lwowie i widział się zmuszonym przyjąć posadę nauczyciela szkół ludowych w Brodach a następnie w Płotyczy, na któréj dał się poznać jako skrzętny zbieracz, pomimo swego ubóstwa darzący skromne muzea gimnazyjalne. W r. 1852 po złożeniu odnośnych egzaminów mianowany został zastępcą nauczyciela a w r. 1854 rzeczywistym nauczycielem w gimnazyjum samborskiem; w r. 1857 przeniesiony do gimnazyjum lwowskiego, otrzymał w Uniw. lwowskim w r. 1860 stopień Dra Filozofii; niedługo potem powołany na profesora nadzw. zoologii na Uniw. Jagiellońskim, w 3 lata późniéj został profesorem zwyczajnym, a od powstania Akademii Umiejętn. był członkiem jéj zwyczajnym. Liczne towarzystwa naukowe zaszczyciły go swemi dyplomami, badacze nadali od niego nazwiska nowo odkrytym gatunkom lub dedykowali mu swe dzieła; uznania listowe oraz medale wystaw i dyplomy honorowe wynagradzały prace jego koło rybactwa

nam zmiany syfilityczne. I w takich łożyskach przychodzi do obliteracyi tak przestworów międzykosmkowych, jako też naczyń krwionośnych w samych kosmkach. W takich łożyskach uderza nas przedewszystkiem grubość części zbitéj łożyska macicznego (*substantia compacta partis uterinae placentae*), jako też tak zwanych przegród łożyskowych.

Jak wygląda histologicznie ta zgrubiała *substantia compacta?* Tylko najpowierzchowniejsze jéj warstwy t. j. przylegające do macicy są złożone, jak to bywa w stosunkach prawidłowych, z wielkich, owalnych i wrzecionowatych komórek i skąpéj istoty międzykomórkowéj. Często jednak tę warstwę zastępuje jakaś masa prawie jednolita, w któréj spotykamy nieregularne, okrągławe lub owalne przestwory wypełnione krwią. Nie jesteśmy w najmniejszym kłopocie co do histogenezy podobnego obszaru. Wiemy, że krew nawet w naczyniach prawidłowych narządów często rozkłada się na istotę jednolitą, w któréj w różnéj liczbie rozprószone są ciałka czerwone o konturach i barwie prawidłowych. Jestto w tych razach oczywiście objaw pośmiertny, ale objaw ten jest wyrazem własności fizyjologicznych krwi i ma on swoje *analogon* w zmianach *intra vitam* powstałych. W części jamistéj łożyska matki podobnie jak i w części zbitéj, z przyczyn niżéj wspomnianych przychodzi do znacznych zaburzeń w krążeniu, zapewne i do zupełnéj stazy w pewnych miejscach. Następstwem tego pewna część krwi zlewa się w masę jednostajną, podczas gdy inna część utrzymuje się w pewnem, chociaż upośledzonem krążeniu. Rezultatem tych nieprawidłowych warunków krążenia jest owa masa jednolita lub prawie jednolita, a w niéj owe przestwory wypełnione krwią jeszcze niezmienioną. W téj masie jednolitéj jakby na dowód, że powstała ona ze zlania się morfotycznych składników krwi, rozłożone są leukocyty w téj ilości, jak to krwi odpowiada, a gdzieniegdzie wykryć możemy nawet kontury ciałek czerwonych odbarwionych. Ta istota jednolita staje się niekiedy w pewnych miejscach delikatnie prążkowaną, a prążki te często barwią się silnie safraniną. Przestwory wolne w téj masie są, jak to wspominaliśmy, wypełnione krwią. Nie wszędzie jednak jestto krew prawidłowa. W wielu z tych przestworów ciałka czerwone rozłożyły się w istotę drobnoziarnistą bez żadnego śladu jądra, w innych wśród téj drobnoziarnistéj masy spotykamy jądro leukocytu lub znacznie większe, a wtedy taki przestwór już mało różni się od wielkiéj komórki, jakie właściwe są téj warstwie. Jak wspomnieliśmy, tylko w warstwach najpowierzchowniejszych istoty zbitéj spotykamy owe wielkie komórki. W warstwach głębszych zamiast owych wielkich komórek widzimy masę drobno i gruboziarnistą z wielkiem mnóstwem jąder chromatynowych od zaledwie dostrzegalnych aż do dochodzących do rozmiarów jąder ciałek białych. Już w niektórych przestworach krwią wypełnionych, a opisanych powyżéj istoty jednolitéj można było skonstatować jądra chromatynowe w ciałkach czerwonych. Tutaj mamy tylko wyższy stopień tego objawu; w większości ciałek czerwonych przyszło do wytwarzania jąder, do nieprawidłowéj przemiany tychże ciałek w leukocyty. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

M. Baranowski i prof. Dr. Szpilman: Hygijena przystępnie wyłożona. Lwów 1891. 8° str. 320.

Nie jest może właściwém, aby w piśmie ściśle lekarskiem jak niniejsze, rozwodzić się nad dziełami popularnie napisanemi; tym razem jednak uczynić musimy wyjątek choćiażby dlatego, że jednym z autorów jest lekarz, który pierwsze wydanie książki Baranowskiego przerobił i uzupełnił.

Prąd higijeniczny, który rozwija się od kilku lat pod wpływem zdobyczy téj najmłodszéj z nauk lekarskich, ogarnia coraz to szersze warstwy społeczeństw. Usiłowania, skierowane ku rozszerzeniu wiedzy w tym kierunku, znajdują wyraz nietylko w powstawaniu Towarzystw higijenicznych i peryjodycznych wydawnictw lecz nawet w najnowszych okólnikach naczelnych w państwie władz naukowych, a jakkolwiek, jak pod wielu innemi względami postąpiono w tym kierunku o wiele naprzód w drugiéj połowie monarchii, to przecież i u nas uwydatnia się dążność do wprowadzenia systematycznych wykładów higijeny w zakładach naukowych wyższych bardzo wybitnie. Że w obec tego zachodzi rzeczywista potrzeba postarania się o podręczniki do nauki higijeny, nie może ulegać wątpliwości, zwłaszcza gdy się zważy, że oprócz kilku prób (że wspomnimy tylko o świetnie rozpoczętém dziełku ś. p. Lutostańskiego), oprócz wcale nielicznych większych i mniejszych rozprawek z zakresu higijeny pole to piśmiennictwa naszego leży zupełnie odłogiem. Być może, że ugór ten zawdzięczamy brakowi katedr higijeny w uniwersytetach i brakowi odpowiednio urządzonych zakładów.

Książka Baranowskiego uzupełniona przez Szpilmana to pierwszy posiew na ugorze, praca o jasno wytkniętym celu, zaokrąglona i zastosowana w przystępnéj postaci do obecnego stanu nauki. Jak z założenia dziełka i sposobu opracowania, wynika ma ona służyć za podręcznik dla uczących się, nie zastąpi zapewne dzieł niemieckich w ręku osób, które gruntowniéj z przedmiotem obeznać się pragną celem n. p. przygotowania się do wykładu z zakresu higijeny lub w ręku kandydatów do egzaminu t. z. fizykackiego. W każdym razie sposób pisania jest w całem dziełku przystępny i zastosowany do poziomu wiedzy uczniów wyższych klas szkół średnich. Już same skromne rozmiary dziełka wskazują, że w wielu sprawach nie rozstrząsają autorowie szczegółów, lecz podają o ile możności rzeczy pewne bez zapuszczania się w sprawy nie rozstrzygnięte, jakkolwiek pod względem naukowym zajmujące. Ten sposób obrobienia przedmiotu ma tę wielką zaletę, że drobne szczegóły nie zaprzątają umysłu czytających, rzecz najważniejsza przedstawiona potoczystym stylem utkwi niewątpliwie w młodocianych umysłach i pobudzi do samodzielnego zastanawiania się a może i do głębszego badania i rozczytywania się w obszerniejszych dziełach o sprawach w dziełku tem tylko z lekka poruszonych.

Jeżeli w ogóle mamy mówić o pewnych usterkach tego dziełka, to na pierwszem miejscu musimy zaznaczyć niepotrzebne używanie wyrazów obcych zamiast swojskich utartych i powszechnie zrozumiałych. Tak n. p. zamiast o ciepłocie jest prawie wszędzie mowa o temperaturze, jest mowa o procesach, exkrementach, o organach (oddechowych), chronicznych (zatruciach), mefitycznych (wyziewach), o wysokich regijonach powietrza, spirytuozach, żaluzyjach, roletach i umbrach i t. p. Rażą również wyrażenia jak: gazy niemożliwe dla oddychania (str. 9), wdychując zimne powietrze (str. 16), przekonano się rozbiorami chemicznemi (str. 43), trzewi zamiast trzew i t. p., a zwłaszcza razi niewłaściwe a bardzo często powtarzające się używanie wyrazu powodować zamiast sprowadzać i nadużywanie formy biernéj.

Pomimo tego dziełko zasługuje na rozpowszechnienie; wśród opłakanych naszych stosunków radzibyśmy widzieć je nawet i w ręku tych, u których szkoła należy do wspomnień a niewątpimy, że dziełko doczeka się niebawem nowych wydań oby jak najliczniejszych, w których i pewnych usterek uniknąć będzie można. *Schaitter.*

Patologija.

Dr. Dittel jun. (Wiedeń): *Carcinoma post ulcus induratum.*

D. opisuje przypadek ten ze względu na jego rzadkość. Z pierwotnéj sklerozy Huntera wytworzył się rak u młodego mężczyzny. Dziedziczność mogła tu także pewną rolę odegrać, bo ojciec chorego zginął wskutek *carcinoma penis.* Oto historyja choroby: J. C. młodego tapicera przyjęto na oddział kiłowy w lutym r. 1888 z szankrem twardym na napletku umieszczonym i wysypką plamistą kiłową. Objawy te w swoim czasie ustąpiły, wrzód pierwotny się zagoił, aczkolwiek stwardnienie w bliźnie ciągle istniało. Chorego jako wyleczonego uwolniono. Ale już w marcu r. 1889 przyjęto go do kliniki chirurgicznéj prof. Billrotha z charakterysty-

cznemi w miejscu dawnego wrzodu kiłowego zmianami na napletku, które nie zostawiały wątpliwości, że się ma do czynienia z wyrodnieniem rakowem. Nowotwór przeszedł z napletka na żołądź. Gruczoły pachwinowe niepowiększone. Badanie mikroskopowe wykazało *epithelioma*. 20 marca wykonano *amputatio penis*. Po kilku już tygodniach wystąpiło powiększenie gruczołów pachwinowych, które coraz bardziéj rosnąc, przybrały charakter wrzodziejący. 4 grudnia wyłuszczenie raka z pachwiny. Kilkakrotne nawroty. Nowotwór rozszerzył się na *lig. Pouparti*, na otaczające mięśnie i na *vas deferens*. Znowu operacyja i kastracyja jądra (w miejscu pierwotnem t. j na napletku nie przyszło dotychczas do nowych nowotworowych erupcyj). (*Wr. kl. Wschft.*, 1890, Nr. 39). *Dr. Mendelsburg.*

Bakteryjologija.

Dr. Wagner z Petersburga: **O odporności kur dla jadu wąglikowego.**

Prawie wszyscy autorowie są tego zdania, że wśród zwykłych warunków u kur prątki wąglika rozwijać się nie mogą. Aby zbadać los tych prątków po dostaniu się ich do ustroju kur, zaszczepiał W. kurom hodowle do komórki przodkowéj oka, pod skórę i do żył. Badanie mikroskopowe wykazywało następnie, że tak w oku, jakoteż pod skórą prątki wąglika rozwijały się z początku dość silnie, w ciągu drugiéj doby jednakże znajdował je autor przeważnie w ciałkach białych imigrowanych, a po upływie trzeciéj doby nie było ani śladu bakteryj. We krwi zaś prątki nikły o wiele szybciéj, co autor tłomaczy tem, że się nie odrazu bezpośrednio zetknęły z ciałkami białemi.

Drugi szereg badań W. zdążał do tego, aby wytłomaczyć fakt już znany, że przez oziębianie można uczynić kury przystępnemi dla wąglika. Doświadczenia w tym celu podjęte doprowadziły autora do wniosku, że pod wpływem obniżenia ciepłoty ciała zmniejsza się ruchliwość leukocytów, które wskutek upośledzenia ich funkcyj życiowych nie są w stanie z walki z mikrobami wyjść zwycięsko. Podobnie jak oziębianie ciała za pomocą zimnych kąpieli, działają wstrzykiwania podskórne antipyryny, jak wogóle podawanie środków przeciwgorączkowych. Kury, którym autor wstrzykiwał antipyrynę, stawały się łatwo przystępne dla jadu wąglika z tych samych przyczyn co przy oziębianiu.

Ażeby wykazać, że tylko upośledzenie czynności leukocytów jest przyczyną, że pod wpływem oziębienia lub antipyryny kury stają się zdolne do przyjęcia wąglika, starał się autor zbadać wpływ środków, któreby nie obniżając ciepłoty ciała, upośledzały funkcyje leukocytów. Takiemi środkami są zdaniem autora narkotyki, a ponieważ morfina na kury nie działa, przeto stosował autor w swoich doświadczeniach wodnik chloralu. W rzeczywistości wpływ tego środka, jakkolwiek słabszy, był podobny do działania antipyryny lub oziębienia (*Annales de l'institut Pasteur*, wrzesień, 1890. t. IV). *Dr. Beck.*

Farmakologija.

Paweł Guttmann (Berlin): **O salipyrynie.**

Połączenie antipyryny z kw. salicylowym zwie się salipyryną. Autor w Moabicie berlińskim doświadczenia czynił z nowym tym lekiem i przyszedł do następujących wyników: 1) salipyryna obniża ciepłotę ciała. Dawka 6-gramowa na cały dzień rozłożona obniżała ciepłotę o 2° C.; 2) salipyryna jest skuteczną w ostrym gośccu stawowym. Obrzmienie i bolesność stawów zmniejsza się, a lek ten co do swéj wartości stoi na równi z kw. salicylowym, salolem itd.; 3) salipyryna jest także skuteczna w przewlocznym gośćcu i w nerwobólu kulszowym; 4) i w większych dawkach podawana salipyryna nie sprowadza nieprzyjemnych ubocznych skutków. Wielu chorych zażywało codziennie przez przeciąg 2 tygodni po 6 gramów, a byli i tacy, co w tym czasie i więcéj niż 100 gr. wyżyli. Tylko w jednym przypadku wystąpiła wysypka lekka, krótko trwała. Mocz zażywających barwy prawidłowéj zawierał zawsze kw. salicylowy. Salipyryna więc jest lekiem godnym uwagi, który podawać można w tych wszystkich przypadkach, w których antipyryna i kw. salicylowy są wskazane. (*Brl. kl. Wschft.*, 1890, Nr. 37). *Dr. Mendelsburg.*

Choroby wewnętrzne.

Otto: **O leczeniu bólu opłucnowego za pomocą częściowego ucisku klatki piersiowéj.**

Autor opierając się na swych bardzo licznych doświadczeniach i na przyczynach bólu opłucnowego, który ma swe siedlisko w opłucny płuc lub w opłucny żeber, poleca częściowe uciśnięcie klatki piersiowéj za pomocą opaski 6 do 7 cm. szerokiéj, która klatkę piersiową w miejscu bólu tak powinna ucisnąć, ażeby wdechowe rozszerzenie się téj części klatki piersiowéj uniemożliwić. Rozpoczyna się od pachy strony zdrowéj, przeprowadza się ją naokoło klatki piersiowéj w obwojach podwójnych, następnie przymocowuje się ją za pomocą zapinki.

W ten sposób prawie bez wyjątku można osiągnąć natychmiastowy skutek, gdyż ból w chwili uciśnięcia klatki piersiowéj ustaje, albo przynajmniéj łagodnieje. Prócz tego jednak tem postępowaniem wpływa się korzystnie na przebieg zapalenia opłucny, gdyż skutkiem unieruchomienia pewnéj części klatki piersiowéj osięga się skutek przeciwzapalny, (*Berl. kl. Woch.*, 39, 1889).

Choroby nerwowe.

Vissering: **Przypadek powtarzającego się porażenia nerwu okoruchowego.**

Młodzieniec 14 letni, pochodzący z rodziny zdrowéj, cierpiał od 9-go roku życia napady bardzo gwałtownego bólu głowy polowiczego po stronie prawéj. Przytem podczas napadu powieka górna téj strony była porażoną tak, że chory oka prawego otworzyć nie był w stanie, występowały nudności i powiększone wydzielanie śliny, a czasem i wymioty. Badanie dokładne chorego podczas napadu wykazało prawie zupełne porażenie nerwu okoruchowego prawego przy zupełnie dobrze utrzymanem oddziaływaniu na światło, dno oka prawidłowe, a za to łzawienie i obrzmienie powiek, prócz tego obniżenie czucia w zakresie pierwszéj i drugiéj gałęzi nerwu trójdzielnego i ślinienie. Chory był także wielokrotnie badanym w czasie wolnym od napadów właśnie co opisanych, a badanie to okazało zupełnie prawidłowe ruchy oka, a i innych objawów nie było; jednem słowem w czasie wolnym od napadow chory zachowywał się pod każdym względem prawidłowo. Sprawa ta (chorego obserwowano przez 2 lata), jakkolwiek zwolna, ale przecież ciągle się poprawiała. Stosowano najrozmaitsze środki, ale z nich jeszcze antipyryna najpewniéj zmniejszała bóle i usuwała najprędzéj wyż opisane objawy. Za przyczynę tych napadów uważa autor samozakażenie się ustroju skutkiem tworzenia się w nim jakich szkodliwych istot i porównywa tę sprawę z migreną i epilepsyją, gdzie również prawdopodobnie z podobnych przyczyn napady występują. (*Münch. med. Woch*, 41, 1889). *Dr. Süsskind.*

Chirurgija.

Thompson (Londyn): **O klasyfikacyi guzów pęcherza.**

Na ostatnim międzynarodowym zjeździe lekarskim w Berlinie podał Thompson, opierając się na 41 przypadkach przez siebie operowanych, klasyfikacyję oraz kilka uwag leczniczych o guzach pęcherza. W pęcherzu spotykamy następujące guzy: 1) ukleje śluzowe przydarzają się tylko u małych dzieci, a budową swą odpowiadają w zupełności uklejom nosa, są tylko utkania zbitszego; 2) brodawczaki (*papillomata*), rosną powoli i sprowadzają częste krwotoki, grożące nieraz życiu. Z powodu częstości tychże warto przytoczyć niektóre objawy rozpoznawcze: jeżeli można otrzymać cząstkę nowotworu, to badanie drobnowidowe wprost wyjaśnia istotę tegoż, zawsze jednak należy przypuścić brodawczak, gdy istnieją k r w o t o k i (po wykluczeniu choroby nerkowéj), b ó l choć mały, dłuższy czas trwający i r z a d s z e m o c z e n i e. Co do l e c z e n i a tychże, to środki ściągające i wlewania płynów są do zarzucenia, bo nie prowadzą do celu, jedynie zaleca autor leczenie operacyjne, które z powodu niebezpiecznych krwotoków w każdym przypadku zastosować należy; 3) mięśniaki niczem się nie charakteryzują, chyba tem, iż nie rzadko są tłem dla brodawczaków; 4) włókniaki tkwią zwykle głęboko w ścianie pęcherza i doszczętnie drogą operacyjną usunąć się nie dają;

a N. Pan w uznaniu jego zasług obdarzył go orderem korony żelaznej 3-ciéj kl. Liczne są jego prace tak w dziedzinie fauny galicyjskiéj, jakoteż monografii nowych gatunków zwierząt bezkręgowych, niemniéj liczne rozprawy jego odnoszące się do gospodarstwa rolnego i leśnego, do rybactwa i szkolnictwa. Kilka pokoleń lekarzy, wyszłych ze szkoły krakowskiéj, poważa go jako nauczyciela swego w zoologii. Pogrzeb jego, który się odbył d. 1 b. m. przy niezwykłym udziale publiczności, w któréj oprócz członków i uczniów uniwersytetu wszystkie warstwy były reprezentowane, a przemowy prof. Rostafińskiego, prezesa czytelni akademickiéj oraz reprezentantów farmacyi i towarzystwa rybackiego, świadczą najlepiéj o poważaniu, jakiem społeczeństwo otaczało zmarłego, którego stratę nadto opłakuje liczna rodzina. Cześć pamięci męża nieszczęśliwego, ale zasłużonego!

* Na wczorajszem posiedzeniu Tow. lek. krak. przedstawił prof. Obaliński chorego okazującego *Ischias scoliotica*. Następnie wygłosił tenże zapowiedziany wykład z zakresu chirurgii nerek.

* Już na ostatnim Zjeździe lek. międzynarodowym Robert Koch wspomniał, jakkolwiek niejasno, o nowym sposobie leczenia gruźlicy; niedawno temu zaś na pierwszem po wakacyjach posiedzeniu towarzystwa dla medycyny wewnętrznéj Leyden wśród dyskusyi o zakładach dla chorych na gruźlicę zapowiedział, że należy zaniechać myśli zaprowadzenia takich zakładów w obec nieprzewidzianie szczęśliwego i stanowczego obrotu, jaki obiecuje wziąć leczenie suchót. Odnosi się to zapewne do odkrycia Kocha, skoro równocześnie dowiadujemy się, że ostatni celem wykończenia swych prac otrzymał uwolnienie od wykładów przez półrocze zimowe.

* Doszły nas dwa kalendarze warszawskie na rok 1891. Pierwszy jest kalendarzem lekarskim wydanym przez Dra Polaka; zawiera oprócz zwykłéj treści kalendarzowéj listę lekarzy praktykujących w Król. Polskiem, rzecz o ratowaniu pozornie zmarłych, o otruciach, rozbiór moczu, wskazówki lecznicze, informacyje sanitarne Warszawy, spis środków lekarskich, ich ceny i dawki, skorowidz zdrojowisk, wreszcie spis prac oryginalnych, ogłoszonych w czasopismach lek. pol. od 1 lipca 1889 do 1 lipca 1890. Kalendarz ten, którego format także bardzo się zaleca, czyni więc zadość potrzebom lekarzy praktycznych. — Drugi kalendarz jest księgarsko-literacki, wydany staraniem Czarnowskiego i Centnerszwera; zawiera on krótki przegląd literatury roku ubiegłego, przegląd prasy peryjodycznéj, biblijografiję od lipca 1889 do lipca 1890, katalog celniejszych pism peryjodycznych i skorowidz autorów, wreszcie dział księgarski.

* Znów postęp z Węgier! Minister spraw wewnętrznych zarządził, aby członkowie Rady sanitarnéj krajowéj tak samo jak członkowie Senatu sądowolekarskiego otrzymywali honoraryjum za bytność na posiedzeniach (t. zw. *Präsenzgelder*). Wydatek na ten cel już umieszczony został w budżecie, a Izba poselska wydatek ten przyjęła. Kiedy się doczekamy czegoś podobnego w drugiéj połowie monarchii?

* W sejmie górno-austryjackim uczyniono wniosek o utworzenie Wydziału lekarskiego w Linzu, wskazując dotkliwy brak lekarzy w téj prowincyi.

* Komitet opieki szpitalnéj zamianował Dra Jana Raczyńskiego sekundaryjuszem szpitala św. Ludwika.

* W tygodniu 42 (19—25 paźdz.) było w Krakowie małżeństw 20, porodów 48, skonów 46 (31·31), z tych: z gruźlicy 11, z odry 3, dławca i błonicy 3, z duru brzusznego 2, z innych chorób zakaźnych 4, z zap. płuc 2, z nieżytu żołądka i jelit 2.

* Członkami czeskiéj Akademii Umiejętn. wybrani zostali pp. Hlava, Janosik, Mares, Chodounsky, Maixner, Pawlik, Maydl, Thomayer i Kabrhel.

* **Nekrologija.** W Monachijum umarł po długich cierpieniach prof. chirurgii Jan Nepomucen Nussbaum. Urodzony w Monachijum d. 2 Września 1829 r. uczył się w mieście rodzinnem, następnie w Würzburgu, Berlinie, w Paryżu u Nélatona, w Londynie u Spencer Wellsa, w Edymburgu u Listera, a w r. 1855 otrzymał dyplom doktora; w r. 1860 powołany został jako profesor chirurgii w Monachijum, później został tajnym radcą i jeneralnym lekarzem wojska bawarskiego. Pomimo charłactwa fizycznego znakomity operator, zasłużył się wielce koło chirurgii licznemi pracami w rozmaitych działach nauki.

(Dr. J. T.). **Rosyja.** W roku b. otrzymało w uniwersytetach rosyjskich dyplomy lekarskie kandydatów 748, z nich 90 ze stopniem Dra medycyny. — Kupiec moskiewski Jermaków ofiarował 300,000 rs. na ukończenie kliniki psychijatrycznéj w Moskwie. — Pracownia analityczna ross. towarzystwa ochrony zdrowia narodowego po śmierci prof. Dobrosławina oddaną została Drowi P. Malczewskiemu. — W świeżo wyszłym Nr. 1-szym „Sanitarnego Dieła“ znajdujemy art. Dra Elisiejewa: „O sanitarnym stanie Persyi“, który jest tak okropnym jak i przed 50 laty; Dra Pantiuchowa: „O fizycznéj organizacyi niektórych zakaukaskich plemion“ i Dra Faelsera: „O szkodliwości czytania w wagonach dróg. żel.“ (powstaje *asthenopia musc. et accom.*, osobliwie u hyperopów wskutek drgania rąk i wstrząśnień wagonu, których bywa do 220 w ciągu minuty (w wagonach dwuosiowych). — W lek. i nielek. pismach na porządku dziennym są dwaj profesorowie: Zacharijn w Moskwie i Pehl w Petersburgu. Pierwszy rzucił rękawicę czasopismom lekarskim, które mu robiły zarzut, iż odmawia kolegom porady lekarskiéj; na to odpowiedział mu z godnością „Wracz“ w tych słowach: „zdolny prof. Z. mógłby być 2-gim Botkinem, utworzyć szkołę i zostawić sławne imie w ziemi ojczystéj. Zamiast tego jednak woli on grać rolę bohatera w smutnych anekdotach, rzucających cień na zawód lekarski, i w końcu zostawić po sobie... mały dowód, iż i lekarze mogą czasami uzbierać setki tysięcy rubli!“ — Fraenkel, kand. warsz. uniw., b. chemik przy laboratorium „honorowego“ prof. Pehla, Dra chemii, przekonał analizą, że przygotowywany przez tego ostatniego spermin, sprzedawany w postaci *solutio spermini hydrochlorici* (1 grm. po 50 rs.) jest nic innego, jak „zanieczyszczony ekstrakt“, zawierający do 66·39% soli kuchennéj i peptonów, a więc, że licznie robione z nim doświadczenia, jako niepotrzebny balast, powinny być wyrzucone z piśmiennictwa ros. Wywiązał się gorący spór, kwestyję wytoczono przed kratki sądowe, a w tow. lekarskich powzięto myśl wykreślić prof. Pehla z liczby członków. Skandal ogromny, ciekawa rzecz, czem się to skończy. — Zmarli: wojsk. lek. Zyliński, Antoni Przystański (w Petersburgu) i wojsk. lek. Grudziński.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 42: Neugebauera syna (dok). — W *Kronice Lek.* Nr. 10: Krajewskiego: O doraźnéj pomocy przy zatrzymaniu moczu. — W *Medycynie* Nr. 43: Wyszomirskiego: Powtórne pojawienie się influenzy w pow. Węgrowskim. — W *Gazecie Lek.* Nr. 43: Cybulskiego: O ucisku mózgowym; Zabłudowskiego: Masaż, jako środek leczniczy przy bezwładach, wywołanych przez ściśnięcie nerwów. — W *Gazecie Lek.* Nr. 44: Jaworowskiego: O zastosowaniu elektryczności w ginekologii; Cybulskiego: O ucisku mózgu (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 44: Brünera: Przyczynek do leczenia wysięk. zap. powloki jądra za pomocą wstrzyk. kw. karbolowego. — W *Zdrowiu* Nr. 61: Bujwida: Badanie zanieczyszczeń w Wiśle.

Redakcyja otrzymała:

Prof. E. LANG (we Wiedniu): Die spec. Indicationen d. versch. Applicationsweisen d. Quecksilbers b. d. Syphilisbehandlung (odbitka z *Centralbl. f. d. gesammte Therapie* 1890) in 8-vo str. 10. — Dr. St. ZIEMIŃSKI: Nowoczesne urządzenia szpitalne dla chorych na oczy. Warszawa 1890, in 4-to str. 26. — Dr. STROJNOWSKI: Kilka słów o leczeniu zap. opłucnéj przetworem kw. salicylowego (odbitka z *Nowin lek.*) Poznań 1890, in 8-vo str. 5.

Sprostowanie. W rozprawie prof. Rydygiera w Nrze przeszłym: Zamiast: podaje Pawlik z kliniki Brauna etc. wyleczonych mieli 2%, winno być: 20%, na 1 str. 2 szpalta 12 wiersz od dołu — a na 4 szpalcie 6 wiersz od dołu: Ja sam wycinałem 20 razy macicę — należy opuścić „przez pochwę“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 15 Listopada 1890. Nr. 46.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81. Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego.

O Pyrodynie.

Podał

Dr. Józef Surzycki, I-szy asystent kliniki.

Do licznych środków przeciwgorączkowych, w jakie nas w ostatnich kilku latach wzbogaciła chemija lekarska, przybyła i p y r o d y n a, wyrabiana przez znaną firmę M e r c k a w Darmsztacie i S c h u c h a r d t a w Manchester.

Pyrodyna czyli Acetylfenylhydracina, jak już sama nazwa chemiczna wskazuje, należy do grupy ciał aromatycznych z rzędu anilinowych przetworów ($C_6H_5NH-NHC_2H_3O$) i z niemi dzieli własności obniżania ciepłoty w stanach gorączkowych, ale wyróżnia się też od nich większą niż antipyryna, antifebryna lub fenacetyna własnością trującą. Ciało to jest najbardziéj zbliżone do fenylhydraciny, która należy do bardzo silnych trucizn i wywołuje rozkład krwi, jak to wykazał H o p p e - S e y l e r, wstrzykując fenylhydracinę zwierzętom (*Ztschr. f. physiol. Chem. Bd. IX*). Hoppe-Seyler twierdzi, że zmiany we krwi nie polegają na wytworzeniu się methemoglobiny, lecz powstaje inny jakiś barwik bliżéj nieokreślony.

Pyrodyna jest to biały proszek krystaliczny, smaku słabo-gorzkiego, w wodzie mało rozpuszczalny, łatwiéj natomiast w wyskoku.

Pierwszy L i e b r e i c h robił nad nią doświadczenia przy łóżku chorego (*Therapeut. Mon. Hefte* Nr. 12 z r. 1888 i Nr. 1 z r. 1889) i przestrzega przed trującemi własnościami pyrodyny. W tym samym czasie D r e s c h f e l d (*Medical Chronicle* 1888) do tych samych doszedł wyników i również podniósł szkodliwość pyrodyny, zwłaszcza w większych dawkach. Z innych autorów G u t t m a n n i Z e r n e r (*Centrbl. f. gesammt. Ther.* Nr. 3, 1889 r.) dając małe dawki po 0,05—0,10, wywoływali znaczny spadek ciepłoty w ciągu nieraz 10—25 minut wśród obfitych potów, ale bez objawów zapadu. Zerner uważa jako najwyższą dawkę dziennie 0,2 do 0·3 pyrodyny.

L e m o i n e (*Gaz. méd. de Paris* Nr. 24 r. 1889) w podawaniu pyrodyny jest o wiele ostrożniejszym i nie radzi podawać więcéj niż 0,05—0,1 na dzień, ponieważ także przekonał się, że większe dawki sprowadzają rozpad krwi. Według niego pyrodyna działa mało na serce i system nerwowy; wprawdzie ma rozszerzać naczynia, ale działanie to jest podrzędne i nie zawsze jednakowo występuje. Objawy zatrucia po dawkach wyższych niż 0,25 łatwo występują w postaci duszności, rozpływnych potów, sinicy, nitkowatego tętna, niepokoju i jeżeli prędko nie staramy się przeciwdziałać, to następuje śmierć wśród objawów zapadu. Działać ma szczególnie dobrze u suchotników gorączkujących, u których podawana w małych dawkach obniża powoli ale stopniowo ciepłotę i nie sprowadza przytem znacznego osłabienia. Wpływu na kaszel lub oddech L. nie zauważył, jednak u wielu pacyjentów miała pyrodyna wywoływać spokój, sen, ogólną ulgę w cierpieniu, a nawet u niektórych zmniejszenie się znaczne potów nocnych. Jako *nervinum* działa pyrodyna według L. skutecznie, a nieraz nawet dosadniéj niż antipyryna.

F i l e h n e (*Arch. für path. Anat. u. Phys. T.* 117) robił doświadczenia z pyrodyną, a podawszy 16-letniéj dziewczynce w końcu pierwszego tygodnia duru jednorazową dawkę 0,25, wywołał u niéj objawy zatrucia, które się objawiły wydzieleniem moczu brunatno-czerwonego, w którym pomimo że próba H e l l e r a dała wynik dodatni, jednak hemoglobiny nie było. Badanie spektroskopem również nie wykazywało hemoglobiny, natomiast mocz ten zawierał sporą ilość urobiliny, coby przecież przemawiało za słusznością dowodzenia Filehne'go o przeistaczaniu się barwika krwi w barwiki żółciowe lub moczowe (Sprawozdanie z 7 kongresu medycyny wewnętrznéj). Z téj obserwacyi wynika, że na próbie H e l l e r a nie możemy nigdy polegać i że jedynie spektroskop powinien rozstrzygać o istnieniu lub braku he-

moglobiny. Renvers (*Deutsch. med. Wochschft* Nr. 47 r. 1889) na podstawie własnych doświadczeń ostrzega też przed szkodliwością pyrodyny, dowodząc, że jéj działanie przeciwgorączkowe polega jedynie na rozpadzie ciałek czerwonych krwi i że w mniejszym lub większym stopniu sprowadza zawsze niedokrewność.

Obszerniejsza praca o pyrodynie wyszła też z kliniki Ziemssena przez Zieglera. Twierdzi on, że działanie pyrodyny ma następować rychło — już w 15 minut, czegobyśmy na podstawie własnych obserwacyj nie mogli twierdzić, i że działanie jéj nieraz i po 14 dniach daje się jeszcze wykazać w moczu, który wówczas bywa ciemno zabarwiony. Stosował on ją w 33 przypadkach, przeważnie w durze, zapaleniu płuc i suchotach płucnych. Działanie przeciwgorączkowe było zawsze pewne, a nawet przy spadku ciepłoty na 35,2° nie zauważył objawów zapadu. Szczególnie w błonicy i róży działanie miało być wyborne, tak że u jednego chorego, u którego róża posuwała się daléj, przy zastosowaniu 0,20 pyrodyny utrzymywał się stan bezgorączkowy przez 10 godzin. W porównaniu z antifebryną działa 0,20 pyrodyny lepiéj i skuteczniéj niż 0,25 antifebryny. Odpowiednio do spadku ciepłoty i tętno obniżało się, stawało się pełniejszem i lepiéj napiętem. Mocz po 1—2 dniowem użyciu stawał się ciemniejszym, prawie ciemno-czerwonym, jednak w nim hemoglobiny wykazać nie było można. Natomiast u psów, które zostały zatrute przez podawanie pyrodyny, występował mocz silnie żółtaczkowy, a hemoglobinę łatwo było wykazać.

Działanie pyrodyny na krew było zawsze trujące i już po kilku dniach chorzy okazywali niedokrewność, pokazywała się u nich żółtaczka, która trwała dość długo, a chorzy tacy pomimo zaprzestania podawania środka nie mogli przyjść do siebie.

W najświeższéj pracy o pyrodynie przez Dra H. A. Lafleura (*The Johns Hopkins Hospital Reports* Vol. II, Nr. 1, 1890) znajdujemy także też same szczegóły co do powstawania hemoglobinuryi po podaniu pyrodyny. Obserwował on 15 przypadków duru, suchot, zimnicy i innych gorączkowych chorób, w których po podaniu 2 gran do 2½ gran (0,13—0,16 grm.) pyrodyny ciepłota spadała o 5—6 stopni Fahrenheita. Zauważył i on w moczu szczególną barwę ciemno-brunatną, pochodzącą od zwiększonéj ilości urobiliny, a w cięższych postaciach zatrucia i hemoglobiny, a nadto badając krew dokładnie pod względem ilościowym, przekonał się, że pyrodyna wprost wpływa na rozkład tejże. Ilość ciałek czerwonych znacznie się zmniejszała (w jednym przypadku doszła do 1,031,000, hemoglobiny 20% a stosunek białych do czerwonych do 1:30), czem tłomaczy się częstość ciężkich postaci niedokrewności po takich zatruciach.

Należy też wspomnieć o pracy A. Fränkla zamieszczonéj w *Zeitschrift f. klin. Medic.* z kwietnia 1890 r.: *„über das Verhalten des Stoffwechsels bei Pyrodinvergiftung“*. Robił on doświadczenia na psach, wstrzykując im podskórnie małe dawki pyrodyny, która wywoływała jużto mniejsze, jużto cięższe objawy zatrucia. Przedewszystkiem najważniejsze zmiany następowały we krwi, a polegały one na rozpadzie ciałek czerwonych i powiększaniu się ilości białych ciałek krwi z kilkoma jąderkami, a obok tego wytwarzała się methemoglobina, któréj jednak przy zatruciu u ludzi inni autorowie wykazać nie mogli. Charakterystyczne również zmiany znajdowały się w moczu, który przybierał barwę mahoniową, wskutek obecności urobiliny, jakkolwiek miało to być niezawsze, a w przypadkach gdzie śmierć nastała z zatrucia, nie wykazał Fränkel barwików żółci.

Nasze obserwacyje poczynione na chorych w klinice lekarskiéj krakowskiéj w ciągu ubiegłego roku szkolnego nie we wszystkiem zgadzają się z spostrzeżeniami poprzednich autorów.

Doświadczeń zrobiono kilkadziesiąt na 14 chorych, przeważnie durowych, z zapaleniem płuc i suchotników. Nim się chorym podawało pyrodynę, stwierdzano poprzednio przez dni kilka typ gorączkowy i dopiero znając przebieg gorączki, przystępowano do stósowania leku. Podawano pierwotnie po 0,05 pyrodyny po 2 lub 3 razy na dzień, stosownie do wysokości gorączki. Przy tych dawkach małych skutek był nieraz bardzo mały lub go wcale nie było, jak n. p. w przypadku zapalenia opłucny u dziewczynki 16-letniéj po podaniu 0,05 o godzinie 2 po poł. przy ciepłocie 39,0 utrzymywał się stan taki przez kilka następnych godzin i dopiero o 7 wieczór obniżył się na 38,8, co jednak działaniu pyrodyny przypisać nie można. Tegoż samego dnia o 9 wieczór przy ciepłocie 38,6 po dawce 0,05 pyrodyny, już w godzinę obniżyła się ciepłota na 37,6 wśród dość obfitych potów. U tejże saméj choréj stosowano większe dawki (po 0,10 na raz) i pomimo tego rychléj różnicy w ciepłocie na zauważano. Innym razem przy ciepłocie 39,8 o godz. 4 po poł., po dawce 0,10 pyrodyny ciepłota zaczęła jednostajnie spadać, ale dopiero w 6 godzin doszła do 37,4 czyli spadła o całe 2,4, przyczem poty wystąpiły dość obficie, tętno stało się pełniejszem i więcéj napiętem i ze 114 spadło na 96 na minutę. (Dok. nast.)

II. O istocie „ucisku mózgu“
i o zasadach leczenia t. zw. „objawów uciskowych“.

Wykład miany w streszczeniu na międzynarodowym Zjeździe lekarzy w Berlinie 1890 r.

Podał

Prof. Dr. Adamkiewicz.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45).

Jest zatem rzeczą zupełnie jasną, że każde ciało obce, które dostaje się do jamy czaszki, lub które w czaszcze się rozwija, w saméj tkance mózgowéj toruje sobie drogę w ten sposób, że wyciska z podatnéj tkanki nerwowéj pewną ilość cieczy odpowiadającą swojéj objętości i wciska takową do naczyń krwionośnych i limfatycznych, opuszczających czaszkę.

B) *Podwyższonego parcia cieczy mózgo-rdzeniowéj nie ma.*

Jakkolwiek z udowodnieniem faktu, że istota mózgu jest ściśliwą, szczegółowo z udowodnieniem, że istota mózgu w obec ognisk śródczaszkowych jest podatną, zostaje usuniętą główna podstawa całéj nauki o ucisku mózgowym, to przecież zajmiemy się teraz badaniem, czy pod wpływem ognisk śródczaszkowych parcie cieczy mózgordzeniowéj rzeczywiście się zwiększyć może, czy też nie.

Ponieważ parcie cieczy mózgordzeniowéj w nauce dawnéj o ucisku mózgu o tyle odgrywa rolę, o ile ta nauka przypisuje temu parciu wpływ na krążenie krwi w czaszce, a przedewszystkiem w mózgu, więc dla zbadania tego wpływu postąpiłem w ten prosty sposób:

Po zbadaniu parcia w tętnicy szyjnéj i w żyłę szyjowéj u królika, wkładałem między czaszkę i oponę twardą kawałki blaszkownicy i za pomocą metod graficznych dokładnie oznaczałem zmianę parcia w tych głównych pniach

naczyniowych w czasie, w którym ognisko śródczaszkowe skutkiem pęcznienia rosło. Rezultat był stale następujący:

Parcie w tętnicy i żyle szyjnéj nie zmienia się w niczem skutkiem zmniejszenia objętości jamy śródczaszkowéj. Gdyby była prawdziwą dawna teoryja, że ciecz mózgordzeniowa wypierana ogniskiem śródczaszkowém, skutkiem podwyższonego parcia uciska naczynia włosowate mózgu, to podczas rozwijania się ogniska śródczaszkowego musiałoby się powiększyć parcie w tętnicy szyjnéj, a zmniejszyć w żyle Ponieważ jednak tak nie jest, gdyż parcie w naczyniach doprowadzających i odprowadzających krew z mózgu, mimo rozwijania się ogniska śródczaszkowego, nie ulega najmniejszéj zmianie, przeto z tego wynika jak najwymowniéj, że ogniska śródczaszkowe krążenia krwi naturalnego w mózgu nie zmieniają. A w tem leży dowód, że nie mogą one działać w tem znaczeniu na ciecz mózgordzeniową, jak to chce nauka dawna o ucisku mózgu.

Jeśli więc zmniejszenie objętości czaszki, które bez wątpienia usuwa z takowéj ciecz mózgordzeniową, nie upośledza krążenia w mózgu, to może się to stać tylko w ten sposób, że ciecz mózgordzeniowa w chwili podwyższenia się jéj parcia zamiast ugniatać naczynia włosowate, dostaje się do takowych albo na drogach ubocznych opuszcza czaszkę.

Jakkolwiek rzecz się ma, czy ciecz mózgordzeniowa w chwili podniesienia się jéj parcia skutkiem resorbcyi czy też skutkiem odpływu z czaszki uchodzi, to tyle jest pewnem, że zawsze znajduje się jéj parcie w równowadze z parciem w naczyniach włosowatych mózgu i nie doznaje żadnych zmian.

Z téj własności akomodowania swego parcia do parcia w naczyniach wynika, że ciecz mózgordzeniowa jest zwykłą przesączyną z krwi. A jako taka może się z jednéj strony tworzyć tylko w takiéj ilości, jaka odpowiada miejscu wolnemu między czaszką a mózgiem, a z drugiéj strony wprawdzie stoi pod wpływem parcia krwi, ale ze swéj strony nigdy nie może wpłynąć na parcie krwi.

Gdyby te wnioski nie były jeszcze dość jasnemi, to przypominam, że ilość cieczy mózgordzeniowéj się powiększa, gdy odpływ żylny z czaszki jest utrudnionym. Łatwo można to poznać po tem, że przy krzyku i płaczu dziecka ciemiona się podnoszą, a jeszcze lepiéj po tem, że odpływ cieczy mózgordzeniowéj ze szpary się zwiększa, gdy chory, który taką posiada, po głębokim wdechu usta i nos zamyka i teraz głęboko wydecha.

W obu tych razach utrudnionym jest odpływ krwi z żył szyjnych do serca prawego. skutkiem czego następuje zastój żylny w czaszce i mózgu i w ten sposób podwyższa się parcie w naczyniach włosowatych.

A ponieważ podniesienie się ciemienia u krzyczącego dziecka i zwiększony odpływ cieczy mózgordzeniowéj przy szparze czaszkowéj może tylko nastąpić skutkiem powiększonego tworzenia się i zwiększonego skutkiem tego parcia cieczy mózgordzeniowéj — a ponieważ to ma miejsce, gdy jest utrudnionym odpływ krwi żylnéj z mózgu; więc z tego wszystkiego jasno wynika, że nie krew stoi pod wpływem cieczy mózgordzeniowéj, ale przeciwnie ciecz ta stoi pod wpływem krwi a zatem nie jest ta ciecz nigdy w stanie wywołać niedokrewności mózgu, ale przeciwnie przekrwienie bierne mózgu wywołuje zwiększenie się parcia cieczy mózgordzeniowéj. A ponieważ zupełnie przeciwnie rzecz tę nauka dawna o ucisku mózgu tłómaczy, więc mamy w tem dowód rzeczywisty, że ucisku mózgu w ogóle nie ma i być nie może.

C) Niedokrewność mózgu przy zmniejszeniu pojemności czaszki powstać nie może.

Jeśli nie istnieje ucisk mózgowy, to nie może istnieć i niedokrewność mózgu tym uciskiem wywołana. Ale poszukajmy i tutaj bezpośrednich faktów za mojem zdaniem przemawiających. A więc przedewszystkiem przypomnijmy sobie to co już wyżéj powiedziałem, że przy rozwijaniu się ogniska zmniejszającego jamę czaszki parcie ani w tętnicy, ani w żyle szyjnéj się nie zmienia. Już to jest faktem dostatecznie wystarczającym do udowodnienia, że ognisko zmniejszające jamę czaszki nie zmienia prawidłowego krążenia w mózgu. Ale fakt ten jeszcze dokładniéj i naoczniéj poznać możemy. Jeśli bowiem wstrzykniemy zwierzęciu w chwili, gdy w jego czaszce znajdujące się ciało pęcznieje, przez tętnicę szyjną do mózgu klej zabarwiony i w ten sposób nastrzykamy mózg i zbadamy go drobnowidowo, to tak w całym mózgu jak i w miejscu, gdzie uciskało ognisko pęczniejące, a które jak to już wiemy, jest zagęszczone, znajdziemy zupełnie otwarte i drożne naczynia.

Naczynia zatem mózgowe nie zostają zamknięte skutkiem ognisk śródczaszkowych, ale w miejscach zagęszczonych znaleść możemy naczynia nawet rozszerzone i powiększone, jeśli ognisko uciskało przez czas dłuższy to miejsce, n. p kilka miesięcy.

A zatem także co do punktu niedokrewności błędną jest nauka dawna o ucisku mózgu i twierdzi wprost przeciwnie jak to, co wytwarza przyroda, która za pomocą własności regulujących ścian naczyniowych, skutkiem ucisku w mózgu nie tylko nie zamyka, ale owszem rozszerza te naczynia.

D) T. zw. „objawy ucisku mózgu“ nie są objawami „ucisku“, lecz objawami drażnienia i porażenia mózgu.

Jeśli nie istnieje ucisk mózgowy i tym uciskiem tłómaczona niedokrewność mózgu, to też nie mogą właściwie istnieć i objawy uciskowe. Jest więc naszem zadaniem, określić właściwą istotę i prawdziwę naturę tych objawów.

Przedewszystkiem musi każdego uderzyć, że *nystagmus*, przyspieszony oddech, skłonność do wymiotów, zmniejszone tętno, porażenie i utrata przytomności — krótko mówiąc cały szereg t. z. „objawów uciskowych“, powstać mogą w bardzo różnych sprawach chorobowych. Tak powstać mogą te objawy przy urazie czaszki, w zapaleniu mózgu, przy nowotworze czaszki i w gruźlicy opon mózgowych. A nawet w sprawach, gdzie mózg anatomicznie wcale nie ulega większéj zmianie, objawy te częstokroć obserwować można. I tak przy znaczniejszych utratach krwi, przy wysokich, szczególnie zakaźnych (septycznych) gorączkach, stanach epileptycznych, a nawet przy każdéj kacheksyi lub inanicyi.

Z tego wynika, że co nazywają „objawami ucisku mózgu“ nie jest prawdopodobnie niczem innem jak ten zbiór oddziaływań, którym mózg chory odpowiada na wszelkiego rodzaju nieprawidłowe działania. I zaraz przychodzi nam na myśl, że w owym zbiorze objawów mamy może tylko wyraz owego stanu przed sobą, w który mózg skutkiem nieprawidłowych pobudek w ogóle zostaje wprowadzony. Fizyjologicznie rzecz biorąc stan taki nie byłby wcale zagadko-

wym. Wszak fizyjologija ów stan składnika nerwowego, w którym jako odpowiedź na najróżnorodniejsze wpływy zawsze ten sam stan pobudzenia powstaje, uważa jako stan pobudzenia, a owe wpływy, które takie pobudzenia wywołują, jako stan drażnienia. A w ten sposób dochodzimy do wyniku, że t. z. „objawy ucisku mózgu“ nie są prawdopodobnie niczem innem, jak tylko ogólnym wyrazem pobudzenia mózgu skutkiem najróżnorodniejszych drażnień. Za pomocą doświadczeń przekonać się można, że wniosek ten jest prawdziwym.

Czy zwierzęciu opukujemy czaszkę, czy jego korę drażnimy prądem elektrycznym, czy zwolna mózgowi jego odciągniemy krew, czy z tętnicy szyjnéj wstrzykniemy mu do mózgu kilka kropli amoniaku albo kilka centimetrów sześciennych zimnéj wody przekroplonéj, — zawsze, a zwłaszcza przy doświadczeniach ostatnich, otrzymamy *nystagmus*, zaburzenia w oddechaniu, zwolnienie tętna i drgawki. A jeśli drażnienie tak długo przeciągamy, aż tkanka nerwowa zostanie znużoną skutkiem tegoż, to otrzymamy jako końcowe objawy drażnienia: śpiączkę *(coma)* i śmierć.

W ten sposób zwolna wszystkie filary dawnéj nauki o ucisku mózgu zostały usunięte, a nowe pojęcia na ich miejscu powstałe stały się tem pewniejszą własnością nauki, im więcéj wytrwały w długoletniéj walce toczonéj przeciwko nim z niejednéj strony poważnéj.

2. Ogólne zmniejszenie objętości czaszki przez płyny.

A przecież sprawa o ucisku mózgowym nie może jeszcze być uważaną za zupełnie załatwioną.

Jeśli bowiem przez „ucisk mózgowy“ rozumiemy nieprawidłowo podwyższone parcie śródczaszkowe wogóle i jeśli raz jest faktem, że fizyjologiczna ciecz mózgordzeniowa „ucisku mózgu“ nie wywołuje, to zawsze byłoby jeszcze możebnem, że wypociny i przesączyny znachodzące się w stanach patologicznych w czaszce, tak n. p. przy wodogłowiu, przy zapaleniu opon mózgowych itd. mogłyby osiągnąć niezwykłe parcia i w ten sposób wzbudzać działania zestawione przez naukę o „ucisku mózgu“.

Wszak za tem zdają się przemawiać doświadczenia, na których opiera się dawna nauka, która za pomocą wstrzykiwań (infuzyj) płynów do czaszki nietylko otrzymać miała niedokrewność mózgu i wogóle objawy uciskowe, lecz szczegółowo jeszcze miała wykazać, że każdemu stopniowi parcia cieczy wpędzonéj do czaszki odpowiada odrębny objaw chorobowy i że wtedy ma nastąpić śmierć, gdy parcie płynu wpędzonego do czaszki przynajmniéj równa się parciu w tętnicy szyjnéj i w ten sposób, jak wnioskowano, zamyka naczynia włosowate mózgu! (C. d. n.)

III. Dalsze przyczynki do chirurgii jelit.

O pięciu resekcyjach jelit.

Podał

Dr. Roman Barącz we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44).

Przypadek II. *Hernia scrotalis congenita, incarcerata*; *herniolaparotomia*, *resectio partialis intestini ilei, operatio radicalis, castratio*; *sanatio*.

J. K. 70 lat liczący, restaurator ze Lwowa, cierpiał od lat niepamiętnych na przepuklinę pachwinową lewą, wolną, znacznych rozmiarów (*eventratio*), którą podtrzymywał pelotą. W ostatnich latach zaniedbywał zakładania ostatniéj. Przebył już kilkakrotnie objawy uwięźnięcia, które z łatwością usuwano za pomocą *taxis*. Przed 3 tygodniami miały wystąpić ponownie groźne objawy uwięźnięcia, trwające 3 dni, które ustąpiły ewentualnie po stosowaniu Hegara, podaniu oleju rącznikowego, po kilkakrotnych zabiegach *taxis*, uskutecznionych przez lekarzy prowincyjonalnych i po wykonaniu dwukrotnéj punkcyi jelit trójgrańcem (!?). Objawy wzmogły się były wtedy aż do pojawienia się wymiotów kałowych. Dnia 2 września 1887 roku o godzinie 7 rano nastąpiło nowe uwięźnięcie podczas parcia na stolec. Wezwany 2 września o godzinie 1 w południe zastałem stan następujący: starzec dość licho odżywiony, o twarzy zapadłéj, wyrażającéj silne cierpienie. Okolicę pachwinową i mosznową lewą zajmował guz blado-różowy, wielkości jaja strusiego, o skórze mocno napiętéj, połyskującéj i sprężysto twardéj, którego nasada stosunkowo wąska, twarda, wypełniała szczelnie otwór zewnętrzny kanału pachwinowego tak, że palec dostać się nie mógł pomiędzy guz a kanał pachwinowy; odgłos wypukowy na całéj powierzchni guza stłumiony; guz mocno bolesny, osobliwie u nasady. Brzuch nieco wzdęty, niebolesny; chory jednak czuje bóle rozpromieniające się od guza. Kilkakrotne zabiegi *taxis* przy użyciu polewań eterem, kąpieli ciepłych itp. zawiodły. Chory na herniotomiję nie zgodził się. Tegoż dnia wieczorem w głębokiéj narkozie chloroformowéj dała się przepuklina tylko częściowo odprowadzić; guz zmiękł i zmalał; kurczenia przy ucisku na takowy. O godzinie 9 wieczorem silne bóle, mdłości, wymioty, tętno 96, ciepłota 38°, język wilgotny. Na zaproponowaną herniotomiję zgodził się dopiero 3 września rano, a więc w 24 godzin od początku objawów uwięźnięcia. Guz znowu powiększył się, stwardniał; skóra obrzmiała i poczerwieniała; ciepłota jéj była podniesioną; tętno 100. Przy łaskawéj asystencyi Dra Linka wykonałem herniotomiję o godzinie 9 rano. Cięcie ukośne 12 centim. długie, warstwowe. Pojedynczych warstw przepukliny nie można było rozróżnić z powodu zrostów. Worek przepuklinowy bardzo cienki przeciąłem na zgłębniku rowkowanym na całéj długości. Natychmiast wypadły żywo czerwono zabarwione pętle jelita cienkiego i równocześnie zauważono w środku téj około $^1/_2$ metra długiéj pętli punkt czarno zabarwiony, z którego trysnął jasny przeźroczysty płyn. Otwór ten natychmiast zeszyłem szwem Lemberta. Przy dalszéj inspekcyi trysnął ponownie strumień przeźroczystego płynu z drugiego otworu, położonego w odległości 1 ctm. od pierwszego na przedłużeniu linii obwodu. Otwór ten miał kilka milimetrów średnicy i otoczony był rąbkiem obumarłéj kiszki, czarno zabarwionym, wielkości sporego grochu. Ponieważ pętle okazywały mocne napięcie, wypuszczono otworem ostatnim płyn, uciskając na jelito w ilości 100 gram. W reszcie odpływającego płynu zauważono grudki cuchnącego kału. Wobec takiego stanu przystąpiłem zaraz do resekcyi częściowéj jelita, obejmującéj otwory zgorzelinowe. Część od- i doprowadzającą uchwycił Dr. Link palcami; bisturem gałkowatym połączyłem oba otwory; szew prowizoryczny górnego otworu usunąłem nożyczkami Coopera, odświeżyłem brzegi obu otworów, starając się wyciąć więcéj ze ściany surowiczéj i warstwy mięsnéj jelita; następnie założyłem około 6 szwów pierwszorzędnych Czernego, równie tyleż drugorzędnych sposobem Lemberta i jeszcze szew wzmacniający trzeciorzędny na kilku punktach sposobem Lemberta. Przy dalszem obejrzeniu natrafiono na plamy ciemnowiśniowe na nasadzie kreski: jelito miało jeszcze połysk i było w całości purpurowo zabarwione. Przystąpiono do *debridement*. Palec wprowadzony do otworu pierścienia czuł wyraźne zaciśnięcie takowego, wprowadzono na palcu herniotom i pierścień przecięto wśród trzeszczenia. Reponowano ostrożnie część pętli odprowadzającéj, a gdy mimo ponownego nacięcia napiętego jeszcze pierścienia repozycyja okazała się niemożliwą z powodu wypełnienia pętli jelit płynami, na palcu przedłużono cięcie bisturem gałkowatym na kilka ctm. w kierunku ku górze przez wszystkie powłoki brzuszne, poczem z łatwością można było odprowadzić resztę jelita. Przy

odprowadzaniu miejsca enterorafii postępowano bardzo ogłędnie obawiając się naddarcia, a względnie rozejścia się szwów. Dokładne ponowne odrażenie odprowadzonego jelita wacikami sublimatowemi. Worek przepuklinowy wielkości dłoni męskiéj był znacznie zgrubiały i zrośnięty z jądrem, które okazywało widoczny zanik (spłaszczenie, wiotkość). Takowy oddzielono tępo od worka mosznowego palcami możliwie wysoko wraz z jądrem, podwiązano *en masse* grubym jedwabiem tuż przy bramie przepuklinowéj i odjęto; oba filary worka od rozcięcia powstałe zeszyto szwem sznurówkowym. Dokładne odrażenie pola operacyjnego; przeciw-otwór na najniższym punkcie moszen, drenowanie rany i zespojenie głębokiemi szwami materacowemi i węzełkowemi. Opatrunek jodoformowy lekko uciskający. Po ocuceniu z operacyi euforyja, chory nie czuje najmniejszego bólu, wymiotów nie ma, ma pragnienie. O godzinie 7 wieczór lekka bolesność brzucha, tętno 100. Dnia 4 i 5 września wiatry odeszły kilkakrotnie *per rectum*.

Przebieg pooperacyjny był następujący: Rana zgoiła się *per primam intentionem* z wyjątkiem miejsc dla drenów, w których powstało ropienie z powodu zsunięcia się i zanieczyszczenia opatrunku. Wskutek tego ropienia odeszła podwiązka, którą podwiązano, sznurek nasieniowy dnia 1 października, poczem rana zagoiła się w przeciągu tygodnia. Ciepłota z wystąpieniem ropienia podniosła się kilkakrotnie do 38°. Od 14 września trwale opadła; język miał chory zawsze wilgotny. Z podniesieniem ciepłoty chory wieczorem przez kilka dni majaczył; majaczenie to należy odnieść po części do następstw podawania mu większéj ilości wina. Pierwszy stolec miał 9 września, t. j. 6 dni po operacyi, po podaniu oleju rącznikowego. Takowy był gęsty, czarno zabarwiony, następne rzadsze, barwy prawidłowéj. Stolec wywolywano zazwyczaj podawaniem oleju rącznikowego. Od 12 września pozwolono podawać choremu pokarmy na pół stałe. Dnia 7 października rana zabliźniła się. Polecono noszenie peloty.

W rok po operacyi widziałem chorego w czerstwem zdrowiu. W pachwinie znajdowała się twarda, nie przesuwalna blizna; powyżéj blizny wypuklają się przy kaszlu powłoki brzuszne na przestrzeni orzecha laskowego, co stwierdzić można palpacyją. Chory pomimo polecenia zaniechał zupełnie noszenia peloty.

Przypadek III. *Anus praeternaturalis post herniam gangraenosam. Laparotomia, resectio intestini ilei.*

Iwan I. wyrobnik ze Skwarzawy Nowéj, lat 57, zgłosił się do szpitala w Żółkwi d. 19 czerwca 1889 r. z objawami uwięźniętéj przepukliny udowéj prawéj. Według zeznania chorego miał on przepuklinę wolną od 20 lat, która nie sprawiała mu znacznych dolegliwości. Peloty nigdy nie nosił. Objawy uwięźnięcia wystąpiły 10 czerwca 1889 r., t. j. 9 dni przed przybyciem do szpitala. Na wykonanie natychmiastowe herniotomii nie zgodził się. Podczas pierwszych dni pobytu w szpitalu ciągle wymiotował treść śluzową zieloną, nie kałową. Stosowano Hegara, olej rącznikowy i środki narkotyczne. Ciepłota wieczorna dochodziła od 38° do 39·5°. Obrzęk był wielkości jaja gęsiego, zaczerwieniony, przy dotyku bolesny, chełboczący. Dnia 24/6 już wobec zapadu i grozy śmierci zdecydował się chory na operacyję. Bez narkozy przystąpiono do herniotomii (Dr. M u s z k i e t), lecz po przecięciu skóry natrafiono na ropień, w którym już nie było śladów worka przepuklinowego, a z przedniéj ściany pętli kiszek pozostały tylko nekrotyczne strzępy, które wycięto. Zaraz po przecięciu skóry przecięto na zgłębniku rowkowanym worek przepuklinowy. Wydobył się kał płynny i gazy. W ramię domniemalne dowodzące założono gruby dren i wpuszczono go do płaskiéj flaszki. Brzegi otworu i jamę podskórną wytamponowano gazą jodoformową.

Przebieg pooperacyjny był następujący: Wymioty ustały, kał odchodził przeważnie odbytem sztucznym, częścią drogą naturalną. Ciepłota przez pierwsze dni po herniotomii dochodziła do 39·5° wśród wystąpienia bólów brzucha. Dren po 5 dniach z odbytu usunięto dla zatrzymania się kału i bólu, który po usunięciu drenu ustąpił.

S t a n o b e c n y. Mężczyzna wzrostu wysokiego, bardzo wychudły, niedokrewny. Poniżéj więzu Pouparta na zewnątrz od *tuberculum pubicum* sterczy guz wiśniowo zabarwiony, wielkości sporego orzecha włoskiego, utworzony przez wypuklenie się na zewnątrz błony śluzowéj jelita przez otwór w ciągłości powłok brzusznych. Zgłębnikiem można się przekonać, że takowy odpowiada otworowi jelita prawdopodobnie odwodzącemu, gdyż zgłębnik po wydobyciu z otworu jest pokryty śluzem; zgłębnik daje się przesunąć w kierunku ku dołowi, ku wewnątrz i ku tyłowi. Wprowadzony palec mały daje się również na kilka ctm. przesunąć w tym samym kierunku. Drugiego dowodzącego ramienia zgłębnikiem odszukać nie można. Kał ma się wydobywać nieco na zewnątrz od wspomnianego guza. Skóra w sąsiedztwie guza zaczerwieniona, pokryta skąpym wypryskiem pryszczykowym. Brzuch zapadnięty, nieco bolesny w dolnéj części po stronie prawéj. Wypróżnienia stolcowe bywają częste i teraz tylko otworem sztucznym przetoki. Kał przeważnie płynny, mało strawionych części pokarmowych.

Ponieważ cała prawie ilość kału odchodzi przetoką i chory skutkiem tego znacznie podupadł na siłach, starano się przez podawanie lewatyw pożywnych, pokarmów odpowiednich i środków podniecających poprawić stan ogólny. Od 12/7 chory zaczął gorączkować, stan gorączkowy dla niewiadomych przyczyn trwał przez 5 dni, przyczem ciepłota wieczorna dochodziła od 39—40° C. Od d. 16/7 trwale stan bezgorączkowy. Gdy stan ogólny chorego nieco się poprawił i chory przestał gorączkować trwale, przystąpiłem 28/7 1889 do laparotomii celem resekcyi jelita przy łaskawéj asystencyi Drów M u s z k i e t a, B e r g g r ü n a i S z a p i r y. W przededniu operacyi podano choremu olej rącznikowy, a w dniu operacyi Hegara. Na brzuch stosowano przez 24 godzin przed operacyją okłady karbolowe. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

K i r c h n e r (Berlin): **O działaniu chloroformu na drobnoustroje.**

Z głośnych badań Kocha z r. 1887 wynika, iż chloroform działa zabójczo na prątki cholery, duru, tudzież na *staphylococcus pyog. aur.*, na inne jednak nie działa nawet po dłuższym czasie. Opierając się na powyższych doświadczeniach, poleca K. używanie chloroformu w przypadkach, gdzie idzie o zapobieganie gniciu, do odwietrzania bielizny, sprzętów itd., w epidemijach duru i cholery, także jako dodatek do wody, podejrzanéj o to, że mieści w sobie powyższe prątki, szczególnie w czasie wojny dla wojska, która to woda po dodaniu chloroformu ($^1/_2$ %) wcale nie traci na dobroci. Wyraża autor następnie nadzieję, iż dobre winien chloroform oddać usługi w leczeniu cholery swojskiéj i azyjatyckiéj, niemniéj w *cholera infantum*, również w zmywaniu ran, gdzie karbol i sublimat są przeciwwskazane, n. p. do przestrzykiwań macicy i jamy ust. Dawkę wewnętrzną należałoby dopiero ustanowić przez próby, do których autor gorąco zachęca. *Dr. Süsskind.*

Patologija.

E. M e n d e l (Berlin): **O odruchowem nieoddziaływaniu źrenic.**

Pierwszy Argyll Robertson zwrócił uwagę, że w pewnych chorobach układu nerwowego źrenice nieprawidłowo się zachowują mimo braku wszelkich zmian w gałce ocznéj, mianowicie nie zwężają się na światło w oko wpadające przy akomodacyi i zbieżności osi ocznych. Źrenice same mogą przy tem być prawidłowo szerokie, lub nieprawidłowo rozszerzone lub wąskie. Objaw ten nabrał ważnego znaczenia w rozpoznaniu chorób układu nerwowego, gdyż pokazało się, że występuje szczególnie w uwiądzie rdzenia pacierzowego i porażeniu postępującem obłąkanych, a wartość rozpoznawcza objawu Robertsona jest dlatego bardzo wielką, ponieważ występuje niekiedy bardzo wcześnie, wyprzedza inne objawy, a nawet może już wtedy istnieć, gdy chory ze strony ciężkiéj i nieuleczněj choroby środkowego układu nerwowego niedoznaje jeszcze podmiotowych dolegliwości. Erb znalazł w 84·5%

przypadków uwiądu mniéj lub więcéj wybitnie objaw R, a Moeli w 47% swych przypadków porażenia postępującego obłąkanych, z czem zgadzają się badania Mendla. Co do miejsca, którego zranienie lub zmiana chorobowa znosi odruch, istnieją dotąd tylko przypuszczenia, tyle tylko jest niewątpliwem, że miejsce to leżeć musi w łuku odruchowym między n. wzrok. i okoruch. to jest w środkowym narządzie, a nie w nerwach obwodowych. Według badań Keya, Retziusa i Guddena jest pewnem, że w n. wzrokowym znachodzą się osobne włókna, służące do przenoszenia bodźca świetlnego na ruchy źrenic, tak zw. włókna źreniczne. Gudden przyjmuje *corpus genicul ext.*, jako ośrodek tych włókien. Wobec niepewności zdań zabrał się M. do wyjaśnienia téj kwestyi, wychodząc z zapatrywania, że jeżeli zniszczymy czynność pewnéj części ciała u zwierzęcia nowonarodzonego, to także część środk. ukł. nerw., tą czynnością kierująca, musi doznać upośledzenia w rozwoju. M. więc usuwał tęczówki u psów, kotów, królików, wkrótce po urodzeniu się, skoro tylko oczy otworzyły. Większa część w ten sposób operowanych ócz uległa zropieniu, w wielu jednak przypadkach udało się oko utrzymać. Po kilku miesiącach zabijano zwierzęta i po stwardnieniu mózgu takowy badano. W przypadkach zropienia znaleziono zanik nn. wzrok., w przypadkach utrzymania zaniku nie było. W pierwszym razie znaleziono zanik przednich ciałek czworaczych i *corp. gen. ext.* strony przeciwnéj i zanik w *ganglion habenulae* strony choréj; w drugim razie w c. czwor. i w *c. gen. ext.* zmian nie było, a natomiast zawsze zanik *gangl. haben.* strony operowanéj. Z tego wynika, że w *gangl habenul.* jest ośrodek dla ruchu źrenic, który się nie rozwija, gdy wypadła jego czynność wskutek irydektomii. (*D. m. W.*, 1889, Nr. 47) *Dr. Bf.*

Farmakologija.

Prof. Sée (Paryż): **O użyciu konopi indyjskich w leczeniu dyspepsyi.**

Sée dochodzi w dłuższéj pracy równocześnie po niemiecku i francusku w gazecie berlińskiéj ogłoszonéj o leczniczéj wartości *cannabis indica* w chorobach żołądka do następujących ostatecznych wniosków: 1) konopie najlepiéj podawać w postaci wyciągu (*extr. canb. ind.*): w dawce dziennéj 0·05 na 3 części podzielonéj. Dawka większa upaja. *Cannabinum tannicum* i *Cannabinon* nie zawierają części skutecznych.

2) *Cannabis indica* działa skutecznie w chorobach żołądkowych, na nieorganicznych zmianach polegających. Choroby te dzielą się na 2 grupy. Do pierwszéj należą zmiany chemiczne soku żołądkowego, jak zwiększona kwasota (*hyperaciditas*), kwasota mlekowa i octowa i brak zupełny kw. solnego (*anaciditas*). Do drugiéj zalicza Sée neurozy żołądka bez zmiany jego soku.

3) Dwie te grupy chorobowe objawiają się następującemi przypadłościami: a) bolesność miejscowa lub promienisto rozchodząca się, zazwyczaj po jedzeniu. Powiększenie apetytu przy *hyperhydrochloria*, zmniejszenie wobec kwasoty octowéj lub mlekowéj. Brak zupełny apetytu przy *anaciditas*; b) osłabienie ruchu perystaltycznego, a często antiperystaltyka czyli wymioty; c) pneumatoza czyli odbijanie się. Gazem wychodzącym przy neurozach jest zazwyczaj czyste powietrze. Gazy rozkładowe wydobywają się przy kwasocie mlekowéj lub octowéj i są przyczyną zgagi; d) białko i mięso zostają w *hyperhydrochloria* zupełnie strawione; częściowo tylko przy tworzeniu się kwasów mlekowego i octowego. Kiszki zachowują się zupełnie tak samo jak żołądek; e) do objawów ogólnych należą: zawrót głowy, migrena, brak snu lub senność, bicie serca i ciężkość oddechu.

4) *Cannab. ind.* uśmierza bóle i sprowadza zaginiony apetyt we wszystkich wymienionych dolegliwościach. Jeżeli jest *hyperaciditas*, to dobrze także podawać dwuwęglan sodowy; usuwa także wymioty i kurcze, jest jednak bez wpływu na powiększenie żołądka; usuwa zgagę i zapobiega tworzeniu się gazów rozkładowych, wskutek czego następuje ból głowy, bezsenność itd. Jednem słowem *cannabis ind.* jest znakomitem żołądkowem *sedativum.* (*Deutsch. med. Wschft.*, 1890, Nr. 31—34). *Dr. Mendelsburg.*

Choroby wewnętrzne.

Docent Fürst (Lipsk): **O dyjatezie moczowéj.**

Autor polemizuje na wstępie swéj pracy z Liebreichem, który utrzymuje, że woda z „Kronenquelle“ w Salzbrunn nie jest niczem innem, jak tylko zwyczajną wodą do picia, nie mającą zatem żadnéj leczniczéj wartości i który w przeciwieństwie do autora zaleca bardzo wodę z Oberbrunnen tego samego miejsca kąpielowego. F. poleca gorąco wodę z „Kronenquelle“ głównie dlatego, ponieważ wielkie ilości zgęszczonych rozczynów soli zasadowych wprawdzie zobojętniają kwasotę krwi w téj chorobie tak wygórowaną, ale też sprowadzają takie zaburzenia w ogólnéj wymianie materyi, że wartość ich lecznicza wcale nie idzie w parze z wysoką ich zawartością zasad, że nadto daléj wody takiéj chorzy nie mogą długo pić, gdyż im się jako „mocna“ prędko sprzykrzy. Rozcieńczone zatem wody mineralne, zawierające stosunkowo nie dużo węglanu litowego, sodowego, dwuwęglanu wapniowego i chlorku sodowego są zdaniem F. daleko lepsze niż zgęszczone. A do pierwszych zalicza F. w pierwszym rzędzie wodę z Kronenquelle. F. rozbiera w końcu wszystkie zapatrywania na tę chorobę, zastanawia się dokładnie nad każdą dotychczas przez Garroda, Marchanda, Liebiga, Lehmana i Ebsteina podawaną teoryją i dochodzi w końcu do wyniku, że właściwie dotychczas nie znamy istoty téj choroby. (*Deut. Medicinal Zeitung*, 1890, Nr. 79). *Dr. Kraus.*

Choroby kobiece.

Schwartz: **Leczenie białych upławów za pomocą kwasu borowego.**

S. poleca celem szybkiego i pewnego wyleczenia białych upławów w przypadkach, w których innych środków, jak azotanu srebrowego, nastoju jodowego, przestrzykiwań gorącą wodą bez skutku używano, stósowanie kwasu borowego czystego w proszku, a przyszedł na tę myśl na podstawie dobrych wyników, otrzymanych w ropnem zapaleniu ucha. Po dokładnem oczyszczeniu pochwy i osuszeniu takowéj gąbką lub watą, wprowadza przy pomocy wziernika sproszkowany kwas borowy w znacznéj ilości do szyjki macicznéj, poczem zakłada tampon z waty. Postępowanie to należy powtarzać co 3—4 dni, a do zupełnego wyleczenia upławów nie było potrzeba w przypadkach S. więcéj niż trzy razy to leczenie powtórzyć. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.*, rocznik XX). *Dr. Baschkopf.*

Laryngologija.

Botey (Paryż): **O możności wstrzykiwań środków leczniczych do krtani.**

Sposobu tego doświadczał B. najpierw na zwierzętach, którym wstrzykiwał zrazu wodę przekroploną, a potem środki żrące w małych ilościach i powoli, i doszedł do przekonania, że wstrzykiwania takie zwierzęta dobrze znosiły i prócz przejściowych przeszkód w oddychaniu żadnych złych następstw nie sprowadzały. Autor następnie robił doświadczenia na sobie po poprzedniem znieczuleniu krtani kokainą. 10 gr. wody przekroplonéj żadnych nie sprowadziły zaburzeń, nawet kaszlu, tożsamo po 25 gr., zauważył tylko przytem spadek liczby oddechów z 21 na 17 i tętna z 82 na 74. Metody téj zastosował późniéj u kilku chorych, między innemi u choréj, cierpiącéj na kiłę krtani. Wstrzykiwał jéj kilkakroć 12 gr. rozczynu jodu 1:100 bez poprzedniego znieczulenia krtani i prócz przemijającego kaszlu mógł zauważyć poprawę stanu choréj, a po 17 wstrzyknięciach zupełne wyleczenie, pomimo, że stosowanie innych środków nie odnosiło żadnego skutku. (*Wr. med. Pr.*, 1890, Nr. 39). *Dr. Ebersohn.*

Choroby nerwowe.

Prof. J. Mierzejewski: *Coecitas syllabaris et verbalis, sed non literalis.*

Na posiedzeniu październikowem towarzystwa psychijatrów w Petersburgu M. zakomunikował nadzwyczaj ciekawe spostrzeżenie. Przedmiotem obserwacyi był 56 l. lekarz, u którego konstatowano rozedmę płuc, przerost serca i chroniczne zapalenie nerek. Po 3-cim napadzie mocznicy, chory zauważał, że nie może czytać, chociaż doskonale rozpozna-

wał litery i rzeczywiście nie był on w stanie połączyć takowych w sylaby i słowa. Pacyjent swobodnie i prawidłowo mógł pisać, co mu dyktowano, lecz przeczytać napisanego nie był w stanie; mógł napisać receptę, lecz takowéj nie był w stanie sprawdzić; równie przepisywał prawidłowo, nie rozumiejąc znaczenia tego, co napisał. Cyfry zaś nietylko rozpoznawał, lecz wymawiał prawidłowo nawet wielkie liczby. Bystrość wzroku = 1, przy H = 1·50 D.; dno oczu prawidłowe. Mowa czysta prawidłowa. Sfera umysłowa zachowana doskonale. Żadnych chorobowych objawów w dziedzinie odruchowéj i czucia. O „ślepocie na słowa“ pisali: Charcot, Trousseau, Lordat, Berlin, Magnan i inni. Zdaniem Mierzejewskiego obserwacyja jego przedstawia wyjątkowy nieopisany dotąd przypadek ślepoty na sylaby i słowa z zachowaniem wzroku na litery. Najwięcéj podobny jest do niéj przypadek Lordata, lecz u chorego tego ostatniego prócz ślepoty na słowa istniała jeszcze psychiczna głuchota na słowa i objawy tak zw. afazyi ruchu. Pacyjent Berlina wymawiał nietylko litery, sylaby, lecz i słowa i dopiero po 3—4 słowie tracił możliwość nietylko czytania, lecz nawet rozpoznawania liter. Powyższą formę choroby prof. M. proponuje nazwać terminem, jaki wypisano w nagłówku. Ciekawa rzecz, gdzie jest centralna przyczynowa siedziba „ślepoty na sylaby i słowa“ i jakie będzie zejście takowéj?

Dr. Talko.

Prof. Ziemssen: **O porażeniach błonicowych i ich leczeniu.**

Nawiązując do rzadkiego, ciężkiego przypadku porażenia błonicowego, wykazującego dopiero w 18 miesięcy po rozpoczęciu się choroby przy badaniu elektrycznem prawidłowe oddziaływanie, opisuje Z. różne postacie i stopnie porażeń wywołanych przez błonicę. Najlżejsza i najczęstsza postać porażenia ogranicza się zwykle do gardła i cechuje się porażeniem podniebienia i powstającemi ztąd zboczeniami w mowie i połykaniu wskutek miernego znieczulenia błony śluzowéj tylnéj ściany gardła. W ciężkich przypadkach przyłącza się jeszcze do tych objawów porażenie ruchowe wysokiego stopnia, znieczulenie całego gardła, nagłośni, wnętrza krtani i przełyku, łączące się często ze znacznem upośledzeniem unerwienia i osłabieniem mięśnia sercowego. Tylko w najcięższych stopniach porażenia przychodzi prócz tego jeszcze do porażenia kończyn, do porażenia akomodacyi, n. twarzowego, okoruchowego i odwodzącego. Cechującem porażenia tego rodzaju jest powolne postępowanie ich w ten sposób, że podczas gdy pierwéj zajęte obszary już polepszenie okazują, inne dopiero zapadają. Porażenia te powstają według Ziemssena bardzo prawdopodobnie przez swoiste wielokrotne zapalenie nerwów, rozpoczynające się jako zapalenie zakaźne w nerwie krtaniowym górnym, rozszerzające się ztąd do pnia nerwu błędnego a jego gałęzi obwodowych. Także objawy na kończynach polegają, jak się zdaje, na zapaleniu nerwów. Rokowanie w lekkich przypadkach jest bezwarunkowo pomyślne, tylko w ciężkich przypadkach należy ostrożnie rokować z powodu możliwości zapalenia płuc połykowego i porażenia serca. Leczenie błonicowych porażeń ma jako główne zadanie wzmacnianie serca, jakoteż zwalczanie niedostatecznego odżywienia, wywołanego przez utrudnione połykanie, wreszcie zapobieżenie wystąpieniu zapalenia płuc połykowego. Tym wskazaniom czyni się zadość spokojnem leżeniem w łóżku z unikaniem nasilonych ruchów mięśniowych, przez żywienie cewą połykową przy porażeniu krtani, także przez lewatywy pożywne. W ciężkich przypadkach należy spróbować 5 miligr. do 1 centigr. strychniny na dzień; wobec zagrażającego porażenia serca wstrzykiwania kamfory, wobec braku wody w naczyniach wstrzykiwania wody słonéj. W rekonwalescencyi ciepłe kąpiele, pobyt w zdrojowiskach klimatycznych. (*Med. chir. Centralbl.*, 1889, Nr. 48). *Dr. Bf.*

Choroby umysłowe.

Dr. C. Neisser (Leubus): **Leczenie obłąkanych za pomocą leżenia w łóżku.**

Lekarz zakładu dla obłąkanych w Leubus Dr. Neisser, wygłosił na 10 międzynarodowym zjeździe lekarzy w Berlinie wykład, który nietylko treścią, ale także stanowczością i pewnością twierdzeń, na uwagę ogółu lekarzy zasługuje. Idzie o rzecz w najgorzéj wyposażonym zakładzie wykonalną, a mianowicie o zbawienny wpływ stałego leżenia w łóżku na niektóre postacie obłąkania. Już Ludwik Mayer spostrzegł, iż leczenie łóżkowe (*Bettbehandlung*) jeżeli się tak wyrazić wolno, zbawiennie wpływa na maniaków, melancholików, paranoików i na obłąkanych z zwidywaniami, skracając i łagodząc chorobę. Z nowszych lekarzy, Cramer, Mendel i Scholz to samo zauważyli. Autor oparty na własnem doświadczeniu, tak dalece nie może się nachwalić tego prostego sposobu leczenia, iż z zapałem rozstawionemi czcionkami podaje: „Panowie! spokój w łóżku jest jedynym środkiem wygórowane psychiczne rozdrażnienie zwalczającym; on dopiero nadaje zakładowi dla obłąkanych całą jego wartość leczniczą, także i z wejrzenia zewnętrznego, przemieniając go w szpital; on tak działa na umysłowo chorych, jak u chorych na choroby wewnętrzne przewlekłe dozwolony ruch i pewna czynność, sprowadzając chwilowe zapomnienie o cierpieniach“. Po tym entuzyjastycznym okrzyku, cofa się nieco autor, gdyż powiada: „spokój łóżka uważam tylko za środek pomocniczy w leczeniu, a ma on jak każdy inny swoje właściwe wskazania“. Wskazaniami temi są: 1) Psychozy mające za podstawę ogólne wyniszczenie ustroju, a zatem obłąkania powstałe po chorobach wyniszczających lub po nadmiernéj pracy umysłowéj. 2) Manija w postaci pobudliwéj z wyjątkiem u młodych dziewcząt płciowo-podrażnionych. 3) Porażenie z ogłupieniem. Faktem jest, iż obłąkani leżąc dostają w łóżkach daleko rzadziéj napadów podrażnienia, dlatego odosobnienie chorych w osobnych komorach, rzecz nie bardzo ludzka, także daleko rzadziéj jest potrzebnem. W zakładzie w Leubus tylko 1% chorych trzeba było odosabniać, przyczem leków narkotycznych mało podawano, a pasy i kaftany tylko w przypadkach chirurgicznych zakładano. Znakomitym środkiem pomocniczym leczenia za pomocą leżenia w łóżku są kąpiele letnie i chłodne. Zakłady powinny mieć takowe na zawołanie za dnia i w nocy. Na samym końcu dodaje autor, iż do tego sposobu leczenia nadają się najlepiéj przypadki świeże, niezaniedbane i zwraca uwagę lekarzy domowych na spostrzeżenie, iż natychmiastowe położenie do łóżka człowieka, zdradzającego pierwsze objawy psychiczne, często całéj chorobie zapobiedz może. (*Berl. kl. Wschft.*, 1890, Nr. 38). *Dr. Mendelsburg.*

Toksykologija.

Dr. Hartge: **Przypadek otrucia antifebryną.**

Student 24-letni, bardzo silny i dobrze zbudowany, zażył w stanie nietrzeźwym 28·0 gram. antifebryny. Skutkiem tego skóra przedewszystkiem na twarzy przybrała barwę czarno-niebieską, wystąpiły objawy znacznego osłabienia serca, duszność, a ze strony układu nerwowego tylko lekka skłonność do śpiączki. Objawy te tylko przez kilka godzin zdawały się być groźnemi, potem ustępowały szybko tak, że po upływie 24 godzin prawie w zupełności znikły. Krew badana okazała się w zupełności prawidłową, a skóra po ustąpieniu barwy czarno-niebieskiéj jeszcze przez kilka dni była blado-żółtą. Mocz badany wielokrotnie nie okazał śladu białka, ale zawierał obfite ilości nierozłożonéj antifebryny.

Autor co do opisanych przez niektórych autorów ciężkich objawów zatrucia antifebryną już po dawkach znacznie mniejszych, przypadków, które czasem nawet kończyć się miały śmiercią, wyraża zdanie, że te zatrucia musiały być następstwem zanieczyszczeń antifebryny. (*Petersb. m. Woch.*, Nr. 8 1890). *Dr. Süsskind.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Posiedzenie Tow. lek. czeskich w Pradze z d. 3/11 1890.

„O znaczeniu zmętnień przybłonka na błonie śluzowéj cewki moczowéj. Prof. Dr. V. Janovsky.“ Zmiany te występują w pewnych razach na bł. śl. cewki męzkiéj, rzadziéj znacznie w cewce kobiecéj. O tych ostatnich obszerniéj mówił prelegent na zjeździe berlińskim; przedmiotem dzisiejszego wykładu są tylko zmiany na przybłonku cewki mocz.

męskiéj. Zmiany te występują najczęściéj w następstwie chronicznego trypra, i mają wartość tylko teoretyczną, w przypadkach jednak t. zw. szerokiéj stryktury Ottisowéj, nabierają i praktycznéj wartości. Prelegent przytacza poglądy na chroniczny tryper z różnych czasów i wspomina, że od czasu zastosowania do badań cewki mocz. endoskopu stwierdzono, że chroniczny tryper głównie w częściach tylnych cewki się gnieździ. Zwraca się przeciw zbytniemu specyjalizowaniu różnych form chr. trypra, jak to był uczynił Oberländer w pracy ogłoszonéj w r. 1887 i pracach późniejszych, jednak przyznaje pracy téj tę wartość, że ona pierwsza wskazała zmiany w gruczołach i w lakunach Litrégo w przebiegu chronicznego trypra. Prelegent skłania się na podstawie badań patologicznych do więcéj jednolitego pojmowania spraw chorobowych w przebiegu chron. trypra i opiera się w tym względzie także na pracach Nelsona i Auspitza. Na zmiany w przybłonku cewki moczowéj męzkiéj, o których prelegent w dalszym ciągu wykładu mówi, pierwszy zwrócił uwagę Grünfeld w monografii wydanéj w r. 1881 pod tytułem: *„Die Endoskopie der Harnröhre und Blase“*. W téj pracy rozróżnia autor dwa rodzaje zmętnień przybłonka. 1. Białe prążki $^1/_2$—1 mm szerokie, przebiegające równolegle na błonie śl. naprzemian z prążkami równie szerokiemi, barwy czerwonéj. 2. W innych razach widzieć można ograniczone zmętnienie przybłonka pod postacią nieprawidłowych plam na więcéj miejscach. Te zmiany są częstsze od poprzednich i mają większe znaczenie, głównie ze względu na szeroką stryktureę Ottisową. Prelegent stwierdził obecność powyższych zmian w następującech okolicznościach: 1. Około błon, jak również w t. zw. sklerozie uretralnéj. 2. Po przebytéj *urethritis membranacea*, obserwowanéj przez prelegenta, również przez Grünfelda i Paiora. Zmiany na przybłonkach w téj chorobie są bardzo rozległe i trwają jeszcze bardzo długo po zupełnie już skończonéj chorobie. 3. Zmiany te występują również w przebiegu leczenia chronicznego trypra, przy instylacyjach, podług Guyona, przy lapisowaniu podług Ultzmana. 4. W tak zwanéj szerokiéj strykturze Ottisowéj, w któréj cewka drożną jest dla 20go Nru Charrièra i gdzie zwężenie tylko uretrometrem wykazać się daje. Z téj stryktury wywiązuje się następnie prawdziwa organiczna stryktura. Długi czas przed powstaniem stryktury Ottisowéj spostrzegać się daje zmętnienie przybłonka i ono jest wskazówką, że zwężenie cewki w krótkim czasie się rozwinie. Zmiany te tłómaczy prelegent upośledzeniem odżywienia przyblonka w przebiegu zapaleń cewki moczowéj. Szczególnem jest, że te zmiany na przybłonkach w przebiegu stryktur organicznych zupełnie znikają, gdy odpowiednem leczeniem stryktureę się usunie. *Dr. E. Kozierowski.*

VI. Z międzynarodowego lekarskiego zjazdu w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43.)

Za wzór również wielu stolicom może posłużyć Berlin i pod względem innych urządzeń sanitarnych, a mianowicie pod względem znakomicie urządzonéj rzeźni i oględzin mięsa, pod względem olbrzymich hal targowych, a nawet pod względem publicznych łaźni, oświetlenia i ogrodów miejskich.

Budowę rzeźni publicznéj uchwaliła Rada miejska Berlina już w r. 1862, uchwałę tę ponowiono również w 2 lata późniéj, pod naciskiem przekonywających argumentów, wypowiedzianych przez tyle dla miasta zasłużonego Virchowa, a to z powodu częstych przypadków zatrucia trychinami, zdarzających się w Niemczech. Z różnych jednak powodów zdołało miasto dopiero z początkiem r. 1881 oddać do użytku na wielkie rozmiary zbudowaną rzeźnię, która stanęła na wschodnim krańcu miasta koło wioski Lichtenberg i zajmuje teren obejmujący 39 hektarów. Koléj miejska i koléj okalająca miasto, okalają liczne zabudowania rzeźni (w liczbie 53) od północy i łączą ją również z wszystkiemi wielkiemi arteryjami ruchu. O olbrzymich rozmiarach téj instytucyi łatwo można powziąć wyobrażenie, jeżeli tylko napomknę, że 18 morgów zajmują jedynie hale służące do sprzedaży nierogacizny, wołów i owiec; że prócz tego sklepione stajnie zimowe pomieścić mogą 3700 wołów i 8000 baranów, że w końcu budynek giełdowy mieści w sobie salę obejmującą 1026 metrów kwadratowych i 44 pokoi przeznaczonych do użytku handlowego hodowców bydła, handlarzy, komisyjonerów i rzeźników. Na przestrzeni 34 morgów ($8^1/_2$ hektarów) kosztem $1^1/_2$ milijona marek zbudowało miasto dworzec kolei żelaznéj, służący do wyładowania bydła, a urządzono go tak praktycznie, że równocześnie można wyładować 4 ogromne pociągi napełnione bydłem. Nie zapomniano również o potrzebie desinfekcyi wagonów, które w liczbie 700 każdego tygodnia w osobnym oddziale dworca, gruntownemu oczyszczeniu podlegają. W odległości nadto 200 metrów od stajen urządzono dworzec osobny dla bydła podejrzanego o zarazę, z osobnemi stajniami i ubikacyjami, służącemi do rzezania takiegoż bydła. We wszystkich halach i stajniach jest podłoga cementowaną, aby można ją należycie wyczyścić, również są cementem wyłożone żłoby w stajniach przeznaczonych dla bydła rogatego.

W połączeniu z rzeźnią miejską pozostają pomocnicze zakłady przemysłowe, t. j. fabryka białka (z $2^1/_2$ milijona litrów krwi zwierzęcéj), topiarnia zużytkowująca słoninę i tłuszcz świń wągrowatych, nadto fabryka przerabiająca 1000 do 1500 cetnarów tłuszczu tygodniowo na łój i margarynę, a w końcu zakłady służące do wypłókiwania jelit zwierzęcych, używanych do fabrykacyi kiełbas.

Cały zakład poprzerzynany licznemi drogami dobrze utrzymanemi (przeszło 9 kilometrów długości), jest oświetlony gazem (3400 płomieni) i zaopatrzony wodociągami (2050 kurków i hydrantów). Koszta zakładu wynoszą dotychczas $12^1/_2$ milijona marek.

Nadzór weterynaryjny nad targowicą wykonywa naczeiny weterynarz (departamentowy) z 10 do 12 weterynarzami okręgowymi i policyjnymi, a do oględzin mięsa w rzeźni saméj przeznaczonym jest personal składający się z 18 weterynarzy, 6 pomocników weterynaryjnych (*Hilfsthieraerzte*), 8 naczelników w urzędzie do oględzin świń podejrzanych o trychiny, 184 oglądaczy mięsa, 48 osób biorących próbki z mięsa do badania mikroskopijnego, 16 osób opatrujących plombą mięso zbadane i jeszcze z licznego personalu podręcznego służącego do pomocy. W gronie oglądaczy mięsa wykonywa oględziny 92 kobiet. Prócz tego jeszcze do zbadania mięsa pochodzącego z bydła nie bitego w rzeźni miejskiéj, lecz przywożonego z poza Berlina, przeznaczonym jest personal składający się z 15 weterynarzy, 53 oglądaczy mięsa, 22 osób biorących próbki z mięsa do badania drobnowidowego, 8 osób opatrujących plombą mięso zbadane i 10 urzędników kontrolujących. Szczegóły te umyślnie przytoczone dają jasne wyobrażenie z jednéj strony o olbrzymich cyfrach przywiezionego i skonsumowanego bydła w Berlinie (przeszło milijon sztuk — 1,152.039), oraz o ścisłym nadzorze lekarskim nad mięsem przeznaczonêm do konsumcyi. Z milijona sztuk bydła poddanego oględzinom lekarskim wykluczono od konsumcyi blisko 7 tysięcy sztuk (6891).

Kosztem przeszło 16 milijonów marek zbudowało m. Berlin wspaniałe hale targowe dotąd w liczbie 8, a w roku bieżącym buduje się znowu 5 mniejszych hal w różnych stronach miasta, tudzież zamierzonem jest rozszerzenie hali centralnéj, która sama kosztuje przeszło pięć milijonów marek (5,306.493 m.) i oświetloną jest elektrycznie zapomocą lamp łukowych. Istne akwaryja przeznaczone dla ryb żywych wystawionych na sprzedaż, otoczone płytami marmurowemi, z wodą ciągle odświeżaną, — obok wielu innych uwagi godnych urządzeń — stanowią prawdziwą ozdobę tych hal rozległych imponujących ogromem, wspaniałością, a zarazem praktycznem urządzeniem.

Zapewnie nie jednego z łaskawych Czytelników zaciekawi ten szczegół, jeżeli powiem, że Berlin posiada naturalne solanki zawierające jod i brom, podobnie jak źródła w Nauheim, Dürckheim, Kreuznach, Iwoniczu i t. d. Poszukiwania wiertnicze wykazały, że tu i ówdzie z głębin gleby Berlińskiéj wydobyć można taką samą solankę, jaką odkryto w Admiralsgartenbad w Berlinie, a rozbiór chemiczny dokonany przez Freseniusa nie zostawia pod tym względem żadnéj wątpliwości. Solanki téj obecnie coraz częściéj używają w Berlinie do celów leczniczych.

W r. 1847 zbudowano w Berlinie pierwszą łaźnię publiczną, a potrzeba była tak głęboko odczutą przez ogół mieszkańców, że w ciągu dalszych lat 9 zbudowano jeszcze 4 łaźnie, ale wyłącznie tylko dla mężczyzn, a dopiero w r. 1863 i 1865 zbudowano 2 łaźnie dla kobiet. Wstęp do tych łaźni jest bajecznie niskim, wynosi bowiem zaledwie 5 fenigów (blisko 3 centy), a nadto rocznie wydano 20,000 kart wolnego wstępu dla biednych. W r. 1885 rozpoczęto dalsze budowy nowych łaźni, oraz restauracyję i rozszerzanie łaźni dawniejszych. W łaźniach nowych z pływalniami i zamykanemi przegródkami do rozbierania się wstęp wynosi 15 fenigów i kart bezpłatnych dla biednych nie udziela się. Obecnie posiada Berlin 13 łazienek rzecznych, a z pomiędzy tych 2 zakłady przeznaczone są dla mężczyzn i kobiet. Z zakładów tych korzystało w r. 1889 przeszło sześćset tysięcy osób. Nadto stowarzyszenie prywatne *(Verein für Volksbäder)* zbudowało 2 zakłady kąpielowe dla ludu, które przed 2 laty oddano do użytku publicznego. Wstęp i do tych zakładów jest bardzo przystępny, albowiem kąpiel w wannie dla klasy zamożniejszéj kosztuje zaledwie 50 fenigów (30 centów), a kąpiel II klasy dla klasy biedniejszéj z mydłem i ręcznikiem tylko 25 fenigów. Mimo tych cen przystępnych pokrywają się koszta utrzymania łazienek i zarządu, a nadto nadwyżka pozwala nisko oprocentować kapitał włożony. To też miasto obecnie postanowiło zbudować nowy zakład kąpielowy dla ludności Berlińskiéj kosztem 350,000 marek!

Co do oświetlenia to od r. 1826 Berlin jest oświetlany gazem, a towarzystwo londyńskie Imperial-Continental-Gas-association podjęło się oświetlenia Berlina na przeciąg 21 lat za rocznem wynagrodzeniem 31 tysięcy talarów. Ponieważ magistrat m. Berlina przed upływem koncesyi podjął rokowania z powyższem towarzystwem o zakupno zakładu, ale z powodu wygórowanych żądań tegoż sprawy ubić nie zdołał, przeto odważył się na krok ryzykowny zbudowania własnego zakładu gazowego po upływie 21 letniéj koncesyi i stanął do walki konkurencyjnéj z towarzystwem londyńskiem. Chociaż ceny gazu na pociechę mieszkańców Berlina spadły odrazu ogromnie, to jednak Magistrat berliński, podobnie jak i krakowski, wyszedł z téj walki zwycięsko, albowiem mimo nader niskich cen gazu (za 1 metr sześc. gazu 16 fenigów) interes ten opłaca się, a coraz to nowe zakłady gazowe budują się w różnych stronach Berlina. Obecnie Berlin posiada 4 zakłady gazowe z 319 piecami retortowemi i 2517 retortami. Z końcem r. 1889 było 18,474 płomieni publicznych i 825,014 prywatnych — zysk czysty wynosi 5,049.826 marek, a prócz tego za 1½ milijona marek zużyto gazu do oświetlenia placów i ulic miejskich. Oprócz oświetlenia gazowego posługuje się Berlin od r. 1882 i częściowo oświetleniem elektrycznem na główniejszych placach i ulicach. W r. 1883 zawiązało się towarzystwo z firmą: *„Berliner Electricitätswerke“*, które weszło w układ z Magistratem i za wynagrodzeniem 36 do 40 fenigów za godzinę oświetlenia i za rocznem wynagrodzeniem 96.263 marek oświetla elektrycznie główniejsze place i punkta Berlina. Ogółem w r. 1889 znajdowało się w Berlinie 3762 lamp elektrycznych łukowych i 62816 lamp żarowych. (C. d. n.)

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 14 listopada. N. Pan zamianował docenta prywatnego Dra Antoniego Marsa nadzwyczajnym profesorem położnictwa i ginekologii w Uniwersytecie Jagiellońskim.

* **Kraków** d. 13 listopada. Coraz więcéj świat zajmuje się leczeniem gruźlicy, inaugurowanem przez Roberta Kocha; coraz więcéj szczegółów przenika przez kordon, którym znakomity bakteryjolog otacza siebie i pomocników swoich przed ciekawością lekarzy i nielekarzy, zapewne tylko w celu, aby nie wystąpić publicznie z pracą nie całkiem gotową. Tyle atoli zdaje się już nie ulegać wątpliwości, że leczenie gruźlicy ma polegać na szczepieniu za pomocą jakiejś odmiany lub produktu laseczników gruźliczych, istoty mającéj służyć do wstrzykiwań podskórnych w grzbiet lub w ogóle w bliskości przyrządu schorzałego. Zrazu Koch odbywał doświadczenia swe lecznicze w klinice prof. Senatora, następnie i w innych zakładach leczniczych, jak n. p. w klinice prof. Bergmanna i w klinice prywatnéj Dra Levy'ego. Pomocnikami jego mają być: Dr. Libbertz z Frankfurtu n/M, Dr. Levy, Dr. Cornet z Reichenhallu i zięć jego Dr. Pfuhl. Tak pomocnicy ci, jak i chorzy obowiązani są zachować tajemnicę ścisłą. Opowiadają, że w klinice Bergmanna zaszczepiono równocześnie 15 chorych, cierpiących na gruźlicę kości i stawów, a już po upływie 24 godzin mógł Bergmann sprawdzić korzystną zmianę; również i wyleczenie wilka miało się już udać. W Grudniu Koch ma ogłosić całe swoje postępowanie.

* W tygodniu 43 (od 26 paźdz. do 1 listop.) było w Krakowie małżeństw 15, urodzin 57, skonów 43 (29·27), z tych z gruźlicy 7, z dławca i błonicy 4, z duru brzusznego 2, z nieżytu żołądka i jelit 2, z innych chorób zakaźnych 3.

* **Warszawa.** Dr. Konrad Dobrski założył tu (Aleja Róż Nr. 10) dom zdrowia dla wszystkich chorych, z wyjątkiem cierpiących na choroby umysłowe.

* **Berlin.** W dniach 29 paźdz. do 1 listopada obszerniejsza Deputacyja umiejętna dla spraw lekarskich odbyła posiedzenie swoje, obradując nad opracowaniem podręcznika dla akuszerek i nad chowaniem zwłok. W skład deputacyi téj, któréj przewodniczącym jest dyrektor ministeryjalny Dr. Bartsch, wchodzą obecnie jako członkowie zwyczajni: Virchow, Hofmann, Bardeleben, Skrzeczka, Kersandt, Bergmann, Pistor, Leyden, Koch, Gerhardt, Schönfeld, Olshausen, Laehr; jako członkowie zaś nadzwyczajni delegaci Izb lekarskich prowincyjonalnych.

* Sekcyja wykonana na zwłokach prof. Nussbauma w Monachijum, wykazała: stłuszczenie serca z mierném rozszerzeniem i przerostem, znaczne słuszczenie wątroby, *pachymeningitis chron. c. hyperostosi et sclerosi* sklepienia czaszki, *osteopsathyrosis idiopathica universalis* (kruchość całego kośćca), ślady trzech złamań na kości udowéj prawéj, z których dwie połączone z ogromną hyperplastyczną kostniną, wreszcie *pseudarthroza* po złamaniu szyjki kości udowéj.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Prof Jolly objął kierownictwo kliniki dla chorób umysłowych i nerwowych. — B. prof. chirurgii w Wrocławiu Fischer osiadł w Berlinie.

* **Mianowania.** Prof. Pettenkofer mianowany został prezesem bawarskiéj Akademii Umiejętności a Dr. Kerschensteiner nadzw. członkiem Rady szkolnéj w Monachijum. — Radca lekarski Dr. Lindner w Greiz otrzymał posadę naczelnego chirurga w szpitalu Augusty w Berlinie, opróżnioną po odejściu Küstera. — Na posadę prymaryjusza oddziału chirurg. w nowo urządzonym szpitalu w Ottakring pod Wiedniem, proponowani są w następującéj kolei chirurdzy: prof. Maydl i docenci Hochenegg i Hacker.

* **Nekrologija.** W Gietyndze umarł d. 30 października b. prof. położnictwa, naprzód w Marburgu a późniéj w Gietyndze, tajny radca lek. Dr. Herman Schwartz, licząc lat 68, głównie znany w świecie naukowym z powodu znakomitego swego dzieła o przedwczesnych ruchach oddechowych.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Nowinach Lek.* Nr. 11: Biegańskiego: W kwestyi leczenia zap. opłucny przetworami salicylowemi; Drobnika: Nowy sposób operacyi podwójnéj wargi zajęczéj; Obalińskiego: O niespodziankach po gastroenterostomii; Szumana: Pogląd na leczenie ciąży pozamacicznej; Zaremby: Niezwykły przypadek porażenia piorunem. — W *Medycynie* Nr. 45: Giedrojcia: Wykaz statyst. lek. chorych w szpitalu św. Łazarza w Warszawie w r. 1889. — W *Gazecie Lek.* Nr. 45: Jasińskiego: O przymiotowych cierpieniach kręgosłupa; Jaworowskiego: O zastósowaniu elektryczności w ginekologii (dok.); Cybulskiego: O ucisku mózgu (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. F. L. NEUGEBAUER: Przyczynek do nauki o patologii kręgosłupa i miednicy (odbitka z *Medycyny* 1890) in 8-vo str. 16. — Prof. L. MAUTHNER (Wiedeń): Zur Pathologie u. Physiologie des Schlafes nebst Bemerkungen ü. d. „Nona“ (odbitka z *W. med. Woch.* 1890) in 8-vo str. 28. — Vyrocni zprawa o cinnosti liter. a recnik. spolku „Slavia“ w Praze 1890, in 8-vo str. 23. — Dr. J. BOGDANIK: Eine dermoplast. Fussamputation (odbitka z *W. med. Presse* 1890) in 8-vo str. 4. — Tenże: Udar mózgowy samoistny, czy wskutek urazu (odbitka z *Przegl. Lek.* 1890) in 8-vo str. 8. — Das patentierte Fischer'sche Bruchband von Victor FISCHER mit 24 Tafeln. Wien 1890, in 4-to str. 15.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dnia 19-go b. m. o godzinie 6-téj po południu w gmachu kliniki chorób wewnętrznych w dawnéj sali wykładowéj kliniki chirurgi-

cznéj posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. Buzdygan będzie miał rzecz o *myxoedema*. 2) kol. Browicz będzie mówił o perlakach (*cholesteatoma*).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 22 Listopada 1890. Nr. 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsca po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. O istocie „ucisku mózgu“ i o zasadach leczenia t. zw. „objawów uciskowych“.

Wykład miany w streszczeniu na międzynarodowym Zjeździe lekarzy w Berlinie 1890 r.

Podał

Prof. Dr. Adamkiewicz.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

Dla rozstrzygnięcia tego pytania wtłaczałem pod pewnem parciem płyny do czaszki, aby się przekonać, jaki wpływ takie ogólne podwyższenie parcia śródczaszkowego na mózg wywiera. W tym celu zestawiłem sobie przyrząd, za pomocą którego z jednéj strony tłokiem wciskałem 0·6% roczyn soli kuchennéj przez otwór trepanacyjny do mózgu, a z drugiéj strony połączyłem tętnicę a względnie żyłę szyjną z manometrem dla dokładnego oznaczenia wahań parcia w tych naczyniach. Płyn wtłaczany do czaszki znajdował się w rezerwoarze, do którego prowadziła rura połączona z tłokiem, a z którego odprowadzały go dwie rury, mianowicie jedna do czaszki druga do manometru. W ten sposób można było przy wtłaczaniu cieczy do czaszki zarazem oznaczyć liczbowo parcie, pod jakiem to się stało.

Działanie infuzyj śródczaszkowych.

Wyniki były następujące:

A) Objawy ogólne.

Jest to w ogóle rzeczą obojętną, czy płyn, który za pomocą tłoku wpędzamy do czaszki, wtłaczamy powoli w odstępach, czy nagle. Dopóki bowiem parcie tego płynu nie przekracza 80 mm. Hg. — dopóty nie wywołuje żadnego działania. Dopiero gdy płyn wpierany do czaszki przekracza parcie 80 mm. Hg., rozpoczynają się znaki działania jego na mózg. Ale granica, od któréj ucisk zaczyna działać, nie jest stałą. I tak może się zdarzyć, że raz pokazują się objawy działania uciskającego płynu dopiero, gdy parcie jego przekracza 140 mm. Hg., drugi raz przy parciu niższem, aniżeli 80 mm. Hg. Taka sama niepewność istnieje i co do oddziaływań mózgu, do których tenże zostaje pobudzonym skutkiem wtłaczania cieczy. Raz może ich zupełnie brakować, a drugi raz wystąpić ze szczególną dokładnością a czasem tyko niektóre.

I tak przekonać się można, że czasem jedynym skutkiem wtłaczania płynu do czaszki jest śmierć nagła zwierzęcia, któréj co najwyżéj towarzyszy kilka słabych kurczów ogólnych, a drugi raz ze szeregu objawów t. zw. uciskowych: *nystagmus*, zmiana tętna, zaburzenia w oddechaniu, kurcze tężcowe, śpiączka (*coma*) i śmierć — nie brakuje żadnego. A nareszcie znów się zdarza, że tylko kilka z tych objawów występuje, a z nich najczęściéj brak *nystagmus*.

A jeśli się porówna parcie, przy którem płyn do czaszki wtłaczany rozwija swoje różne działania, z parciem, które w tym samym czasie istnieje w tętnicy szyjnéj, to można tu poznać największą dowolność i widzieć, jak raz śmierć następuje, nim parcie w tętnicy dochodzi do wysokości parcia cieczy wtłaczanéj, a jak drugi raz zwierzę jeszcze długo żyje, jakkolwiek parcie płynu wtłaczanego dosięgło parcia w tętnicy, lub nawet takowe przewyższyło. — Stałą przy tych wszystkich doświadczeniach jest tylko jedna rzecz. Jeśli mianowicie choć jeden z opisanych objawów z pewną siłą raz wystąpił, to w takim razie zwierzę do doświadczenia użyte jest zgubionem i ginie po krótszym lub dłuższym czasie w stanie śpiączki.

I jeszcze drugi fakt jest stałym. Jeśli mianowicie płyn wtłaczany do czaszki choćby najmniejszy objaw wywołał, wtedy wystarczy każde następne, choćby najmniejsze podwyższenie parcia tego płynu, aby wywołać działania niestosunkowo wielkie.

Z tego wszystkiego wynika: Absolutna siła, zapomocą któréj płyn do czaszki zostaje wtłaczanym a zatem parcie

tego płynu nie ma znaczenia dla działań, które wywołuje. Owa nauka, która twierdzi, że t. z. objawy „ucisku mózgu“ są zwykłemi mechanicznemi skutkami tych infuzyj i że można wykazać stosunek proporcyjonalny między działaniami a infuzyjami, jest błędną.

B) Krzywa tętnicy szyjnéj.

Zachowanie się krzywéj tętnicy szyjnéj odpowiada w ogóle o tyle objawom powstałym skutkiem wtłaczania płynu do czaszki, o ile tu potwierdza się prawo ogólne, że dopiero od pewnego stopnia parcia tego płynu, krzywa tętnicza ulega zmianom, że te zmiany jeśli raz wystąpiły, skutkiem najmniejszego podwyższenia parcia płynu wtłaczanego bardzo się wzmagają i wreszcie gdy raz wystąpiły, zachowują swój charakter aż do zwykle następującéj śmierci zwierzęcia.

W szczególności okazuje krzywa tętnicza następujące zachowanie się: Gdy parcie płynu wtłaczanego do czaszki doszło do pewnéj wysokości, aż do któréj parcie w tętnicy nie uległo zmianie, wtedy parcie tętnicze nagle się podnosi, a to podniesienie się parcia powstaje równocześnie z objawami wyż opisanemi. Wielkość podniesienia się parcia waha się w dalekich granicach i szybko przechodzi. A każda następna choćby najmniejsza infuzyja wywołuje nowe i coraz silniejsze podwyższenia parcia. Jeśli się teraz przestaje wtłaczać daléj płyn do czaszki, w takim razie krzywa parcia krwi przechodzi w nieregularne fale, które stają się coraz mniejsze, nieregularniejsze i niższe i wreszcie kończą się powolnem opadnięciem.

Tak parcie w tętnicy może pozostać jeszcze zupełnie niezmienionem, podczas gdy płyn do czaszki wtłaczany to parcie już osiągnął. W innych razach zmienia się parcie w tętnicy, nim jeszcze parcie płynu wtłaczanego dosięgło téj wysokości. A wreszcie podwyższone parcie tętnicze już wtedy zwolna opada, gdy parcie płynu do czaszki wtłaczanego ciągle zostaje niezmienionem.

A ztąd wynika z absolutną pewnością, że parcie, pod którem płyn zostaje wtłaczanym do czaszki, w ogóle nie ma żadnego wpływu na stosunki krążenia w tętnicy szyjnéj i że działania, jakie infuzyje wywołują na krzywą tętniczą, muszą być jedynie przypisane takim właściwościom płynu wtłaczanego, które nie mają nic do czynienia z uciskiem, a które zatem jedynie własnościom fizyjologicznym środka wtłaczanego przypisane być muszą.

Z zachowania się więc krzywéj tętniczéj wynika to, że płyn wtłaczany do czaszki działając przez swój chemiczny skład na mózg, a więc fizyjologicznie, nie działa tak jak to twierdzi nauka dawna, mechanicznie na krążenie mózgu przez zamykanie naczyń uciskiem; gdyby to bowiem miało miejsce, powinno się przy każdem wstrzykiwaniu do czaszki parcie w tętnicy szyjnéj regularnie podnieść a nie, jak to rzeczywiście ma miejsce, tylko na krótki czas się podnieść, a potem opadać, a między podniesieniem się tem a między parciem cieczy wtłaczanéj do mózgu powinien być wykazalny pewien ścisły stosunek, czego w rzeczywistości nie ma.

C) Krzywa żylna.

Krzywa żyły szyjnéj zmienia się pod wpływem infuzyj czaszkowych w następujący bardzo charakterystyczny sposób. Nim jeszcze parcie płynu infuzyjnego wywołało jakiekolwiek objawy i nim się zaczyna zamieniać parcie w tętnicy, to już można zauważyć podniesienie się parcia krwi w żyle odprowadzającéj krew z czaszki. To podniesienie parcia odbywa się bardzo powoli, aż do chwili, w któréj rozpoczynają się objawy infuzyjne, a z niemi podnosi się parcie tętnicze. Wtedy krzywa żylna nagle bardzo się podnosi, a potem zwolna aż do śmierci zwierzęcia opada, dosięgnąwszy pierwéj pewnéj, zresztą niestałéj wysokości. Zwrócić jeszcze muszę uwagę na to, że z chwilą śmierci zwierzęcia żadne nawet najsilniejsze infuzyje do czaszki nie są w stanie powstrzymać to opadanie parcia żylnego.

Wytłómaczenie tych faktów jest bardzo łatwe. Gdy przy wtłaczaniu płynu do czaszki parcie w żyłach szyjnych już wtenczas się podnosi, nim jeszcze te infuzyje inne wywołują objawy, to dzieje się to tylko z tego powodu, że ciecz wtłaczana do jamy czaszki przedewszystkiem dostaje się do żyły, a dopiero teraz wywołuje objawy i zmienia parcie tętnicze.

Otóż parcie w żyłach szyjnych a także w zatokach żylnych czaszki u królika wynosi 80—100, a co najwyżéj 200 mm. rozczynu sody, co odpowiada słupowi rtęci wynoszącemu 8 a najwyżéj 15 mm. (C. d. n.)

II. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego.

O Pyrodynie.

Podał

Dr. Józef Surzycki, I-szy asystent kliniki.

(Dok. Patrz Nr. 46.)

U téj choréj, tak jak i w innych doświadczeniach nie przekraczano dawki 0,20 gm. na dzień i nie zauważano też żadnych ubocznych działań na układ nerwowy lub naczyniowy, niemniéj i mocz nie przedstawiał żadnych zboczeń, a chorzy przy spadku ciepłoty czuli się rzeźwiejszymi, najczęściéj zasypiali głębokim snem, z którego ich dopiero nowe dreszcze lub zwiększona gorączka budziła. U téj choréj ciekawe było zachowanie się ciężaru ciała wśród podawania leków przeciwgorączkowych. W przeciągu 10-ciu dni, wśród których choréj przez 7 dni podawano pyrodynę (razem w ilości 0·80), przez 1 dzień fenacetynę, a 2 dni pozostawiono bez leków przeciwgorączkowych, mimo wysokiéj gorączki straciła chora na wadze tylko 2·100 grm., zaś po następnych 10 dniach, wśród których nie podawano żadnych leków przeciwgorączkowych, mimo mniejszéj gorączki i tego samego sposobu żywienia, ubytek na wadze wynosił 3·100 grm., z czegoby wynikało, że przecież sztuczne obniżenie ciepłoty jest korzystne dla organizmu w zaoszczędzeniu pewnéj ilości tkanin, które przez gorączkę zostają spalone.

Nie widząc żadnych szkodliwych objawów przy zastosowaniu pyrodyny w małych dawkach, zaczęto podawać pyrodynę systematycznie w cięższych gorączkach, zwłaszcza w durze brzusznym, jednakże nawet po dawkach, które nie przekraczały dziennie 0,20 gm., pojawiały się niemiłe objawy zatrucia. W pierwszym przypadku dotyczącym J. O., suchotnika, lat 52 liczącego, który dłuższy czas leżał w klinice z gorączką dochodzącą do 39 8, podano d. 8/3 w ciągu 2 godzin razem około 0,10 pyrodyny, przyczem ciepłota z 39,3 obniżyła się zaledwie na 38,0. Następnego dnia chory pozostał bez leku i dopiero 10/3 zażył znów 2 dawki pyrodyny po 0,05 w ciągu 10 godzin, poczem ciepłota obniżyła się z 39·8 na 37·7. Wśród tego zauważano już większą duszność, oddechów 50, niepokój chorego, tętno ze 102 podniosło się do 130 i stało się miękkie. W moczu pojawiło się zabarwienie krwawe, chociaż próba Hellera dała wynik ujemny. D. 11/3 podano jeszcze 0,05 pyrodyny o godzinie 4 po poł. wśród ciepłoty 39·0, poczem ciepłota opadła już o godz. 6 na 37·2 przy tętnie 88 i oddechach 36, aby się

potem znowu podnieść do téjże saméj wysokości. Mocz z d. 11/3 b. r, jeszcze bardziéj krwawo-ciemnowiśniowéj barwy o cięż. 1021, białka ślad wyraźny, jak i dni poprzednich, natomiast próba Hellera daje wynik dodatni. Pod drobnowidem nie zauważano ani wałeczków ani też ciałek krwi. Następnego dnia już mocz jaśniejszy, a próba Hellera dała wynik ujemny. Więcéj już pyrodyny choremu temu nie podano. Zakończył on życie 13/3 z powodu rozległych zmian gruźliczych i rozsianéj grużlicy prosówkowéj. Tak więc u chorego tego po wyżyciu w ciągu 3 dni 0,25 gm. pyrodyny, pojawiło się już lekkie zatrucie i następowa hemoglobinuryja.

Drugi przypadek należy do ciekawszych i dlatego pozwalam go sobie przytoczyć obszerniéj. Dotyczy on przedtem zdrowéj 26-letniéj dziewczyny, która jak z dokładnych wywiadów wnosić można, przebyła influenzę w styczniu b. r., ale wkrótce po niéj czuła się zupełnie zdrową i jako służąca oddawała się swemu zajęciu. Dopiero w dniu 6/2 b. r. dostała bólu głowy i lekkich dreszczyków, a do tego w dni parę dołączyła się mierna gorączka, brak apetytu, ogólne osłabienie, znużenie i zaparcie stolca. Gdy jeszcze do tego przybyła na 3 dzień biegunka, a osłabienie coraz bardziéj się zwiększało, zgłosiła się do kliniki lekarskiéj, gdzie została przyjętą w dniu 13/2 b. r. czyli licząc od początkowych objawów w końcu 1-ego tygodnia choroby. Na podstawie nielicznych guzków na brzuchu i plecach (*roscola typhosa*), powiększenia wątroby i śledziony, wzdęcia brzucha, stolców biegunkowych, nieżytu oskrzelowego w dolnych częściach płuc, zajęcia *sensorium* i gorączki ciągłéj z małemi tylko wahaniami, rozpoznano dur brzuszny w początku 2 go tygodnia, a dalsza obserwacyja kliniczna zdanie to stwierdziła.

Przez pierwsze 3 dni podawano choréj lek obojętny, dopiero dnia 16/2 przy gorączce stałéj przez cały dzień, dostala o godz. 6 wiecz. 0,10 pyrodyny. Ciepłota z 40·8 spadła na 38·0 o godz. 8, a tętno z 124 zeszło do 104, przyczem pojawiły się obfite poty. Badanie tętna sfigmografem przy 40·8 i 38·0° C, nie wykazało nic szczególnego. O 10 wiecz. ciepłota spadła jeszcze niżéj (na 36·3) bez widocznego jednak zapadu, poczem wśród nieznacznych dreszczyków podniosła się i o 6 rano dnia następnego wynosiła już 39·0° C. W moczu nic szczególnego; białka ślad się utrzymuje, chlorki nieco zmniejszone.

Od dnia 17/2 począwszy zażywała chora po 0,10 a nawet 0,05 (d. 21 i 22 Lutego) a najwyżéj tylko 0,20 gm. *pro die* pyrodyny (d. 19, 25 i 26 lutego), przyczem pojawiał się znaczny spadek ciepłoty w przeciągu 4 do 6 godzin, jakkolwiek skutek ten nie zawsze trwał jednakowo i nieraz już po kilku godzinach ciepłota wracała do poprzedniéj wysokości.

np.: dnia 25/2	o 10 rano	40·2	0,10 pyrodyny.
	o 12	38·6	
	o 2 pop.	38·5	
	o 4	39·0	
	o 6 wiecz.	40·4	0,10 pyrodyny.
	o 10	38·5	
	o 12 w n.	40·0	

Dnia 26/2 po podaniu 0·10 pyrodyny o godz. 4 po południu ciepłota 40·6 nieznacznie się tylko obniżyła (o 6 wiecz. 39·4, o 8 39·0 a o 10 39·2), wśród tego tętno podniosło się ze 104 na 124, pojawiła się nieznaczna duszność z liczbą oddechów 36 na minutę, lekka sinica i ślad żółtaczki na białkówkach.

Następnych dni chora już pyrodyny nie zażywała, a pomimo tego objawy zatrucia spotęgowały się. Gdy poprzednio mocz był tylko nieznacznie wysycony o cięż. 1·018—1·016, barwy pomarańczowéj i zawierał śladzik białka lub też był całkiem bez białka, jak np. 24/2, przy chlorkach nieznacznie zmniejszonych, to już dnia 26/2 barwa moczu się zmieniła na brudno-czerwoną, ciężar podniósł się na 1·018 a białka pojawiło się o wiele więcéj niż poprzednio. Stan ten pogorszył się jeszcze bardziéj dnia następnego, albowiem do znacznego osłabienia i zapadu dołączyły się ciągłe wymioty treścią płynną zielonkową; żółtaczka wyraźniejsza, sinica wybitna. Mocz w skąpéj ilości jeszcze bardziéj brudnokrwawy daje dodatni wynik próbą Hellera, zawiera 0·03% białka, a pod drobnowidem wykryć można łatwo wałeczki ziarniste choć skąpe, nieliczne ciałka wypocinowe, sporo moczanów i grudki barwika tu i ówdzie rozsianego. Badanie chemiczne tego barwika przez prof. Stopczańskiego dokonane, wykazało, że jest to tylko urobilina, a że hemoglobina pomimo dodatniéj próby Hellera wcale wykazać się nie daje.

Stan ten utrzymywał się i dnia 28/2, ale białka pojawiło się w moczu o wiele więcéj, bo już 0,8% a hemoglobina w moczu brunatno krwawo-cisawym, z cięż. gat. 1·024, dała się już łatwo wykazać. Przez te 2 dni ubiegłe gorączka zawsze wysoka dochodziła do 41·3° C. z małemi remisyjami, tętno bardzo miękkie wahało się od 112—124, oddechy 32 do 40, w narządach zaś wewnętrznych innych zmian, prócz tych, jakie odpowiadają końcowi 3 tygodnia duru, nie znaleziono. Wymioty utrzymywały się uporczywie pomimo wszelkich zabiegów leczniczych.

W dniu następnym (1/3) nastała pewna poprawa, bo białka w moczu było już tylko 0·1%, wałeczków szklistych niewiele, jeszcze mniéj ziarnistych, a hemoglobina dała się wykazać w moczu jeszcze tylko zapomocą spektroskopu. Téj poprawie moczu odpowiadał i lepszy stan ogólny choréj, ponieważ tętno stało się nieco pełniejsze i mniéj częste, sinica zmniejszyła się, a nawet wymioty dotąd tak uporczywe stały się rzadsze, w obec czego budziła się nadzieja, że zdoła się chorą utrzymać przy życiu, tembardziéj, że chora przytomniejsza i rzeźwiejsza zaczęła przyjmować odrobinę pokarmów, których dotąd bezwzględnie nie znosiła. Jedynie tylko stała i wysoka gorączka, trwająca 4-ty tydzień kazała się domyślać jeszcze cięższego dalszego przebiegu.

I w saméj rzeczy, pomimo że mocz się wyjaśnił, białka ilość zmniejszyła się do 0,04 (d. 6/3), próba Hellera dawała wynik ujemny (d. 7/3), ogólny stan choréj coraz się pogarszał, żółtaczka się zwiększyła, tętno osłabło, wymioty powróciły z nową gwałtownością, w obec czego odżywiano chorą tylko zapomocą odżywczych lewatyw. Wątroba znacznie powiększona, śledziona również, brzuch cały wzdęty. Rysy twarzy się zaostrzają, zimny pot pokrywa całe ciało, każdy ruch chociażby najmniejszy wywołuje objawy zapadu, *sensorium* wciąż zajęte, wreszcie przyłącza się śpiączka, wszelkie środki podniecające i skrzepiające nie wywierają najmniejszego skutku. Wśród takiego stanu chora kończy życie d. 10/3 o godz. 6 wieczór.

Sekcyja zwłok wykazuje: *typhus abdominalis in stad. ulcerationis, abscessus renum et hepatis, hyperplasia acuta glandularum mesaraicarum, tumor lienis acutus, dilatatio cordis dextri, hypoplasia aortae et arteriarum periphericarum, hypoplasia uteri, anaemia universalis, icterus.* Przyczyną więc śmierci był niewątpliwie dur, z bardzo licznemi owrzodzeniami w jelitach i następową infekcyją ropną *(Mischinfection)*, z wytworzeniem się ropni w wątrobie i nerkach, co zresztą w tym samym czasie powtórzyło się i u innych durowych znajdujących się w naszéj klinice, a co będzie przedmiotem osobnéj rozprawy klinicznéj. Że urobilinuryja, która wskutek pyrodyny powstała, a następnie hemoglobinuryja rozpadem ciałek krwi czerwonych wywołana, przyczyniły się niemało do zejścia śmiertelnego, to nie ulega wątpliwości.

Przypadek ten zatrucia pyrodyną potwierdza w pewnych szczegółach doświadczenie F r ä n k l a robione na psach, którym wstrzykiwał podskórnie po 0,1 do 0,3 pyrodyny. Zrazu nastawało zciemnienie znaczne moczu, nie pochodzące jednak od barwików żółci, następnie mocz stawał się krwawym i zawierał coraz to większe ilości białka. W krwi badanéj nie można było wykryć methemoglobiny. Po użyciu dopiero w całości 1·85 gm. można było zauważyć pewne osłabienie i ociężałość psa, a kiedy mu wstrzyknięto 0,50 pyrodyny, wystąpiła na drugi dzień znaczna bladość błon śluzowych z żółtaczkowem zabarwieniem, łatwe broczenie z dziąseł, a przytem wszystkiem białka i krwi w moczu okazało się mniéj. Dopiero po powtórnem zastrzyknięciu 0,50 nastąpiła śmierć. Sekcyja wykazała stłuszczenie nerek, znaczny

obrzęk śledziony, zresztą nic szczególnego prócz żółtaczkowego zabarwienia okolicy wątroby.

Streszczając te doświadczenia nad pyrodyną i porównywając je ze spostrzeżeniami innych i z doświadczeniami wykonanemi na zwierzętach, z koniecznością przychodzi się do przekonania, że jakkolwiek pyrodyna w dawkach małych, nie przechodzących dziennie 0,10 gm., nie wywołuje objawów zatrucia, a na gorączkę zawsze wpływa obniżająco, niewywołując zapadu, to jednak ze względu na jéj szkodliwy wpływ na krew, którą rozkłada i na jéj niejednostajne działanie podczas gorączki, nie powinna być wcale używana, tembardziéj, że posiadamy o wiele lepsze i pewniejsze od niéj środki przeciwgorączkowe.

III. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Prof. Kundrat: **O krwotokach śródoponowych u noworodków.**

U noworodków różnią się krwotoki śródoponowe od krwotokow występujących w wieku późniejszym pod dwoma względami: są one odosobnione i pierwotne. Pojawiają się one w dwóch postaciach: częściéj zdarzają się między oponami miękkiemi, rzadziéj i między pajęczówką a oponą twardą i pociągają za sobą z powodu obfitości swéj widoczne przypłaszczenie półkuli, a nawet asymetryję czaszki. Napotykamy te krwotoki u dzieci, które albo przyszły na świat w stanie zamartwiczym, albo u takich, które wprawdzie oddychały po urodzeniu, u których jednak po upływie godzin lub dni kilku oddychanie stało się coraz płytszem. W pierwszym przypadku płuca z góry są niedodmowe, w drugim płuca, pomimo, że dzieci oddychały przez kilka godzin lub dni, powróciły do stanu niedodmowego. Jestto tak dalece rzeczą charakterystyczną, że po niedodmowych płucach dzieci, które oddychały, z pewnością wnosić możemy o wybroczynach śródoponowych. Nie ulega też wątpliwości, że ta niedodma płuc jest następstwem ucisku, wywartego na mózg przez wybroczynę.

Zmiany te u noworodków nietylko zdarzają się w przypadkach ciężkich porodów, jak dotąd przypuszczano, lecz i po porodach dobrowolnych i to dosyć często, i z tego powodu są one ważne. Prawdopodobnie zmiany te bywają jeszcze częstsze, lecz nie zawsze mogą być sprawdzane, ponieważ nie zawsze wywołują śmierć. Faktem jest, że u niektórych dzieci, zmarłych w kilka miesięcy po urodzeniu, znajdujemy albo resztki wybroczyn, albo barwik.

Powstanie tych wybroczyn wytłumaczyć można w następujący sposób: wskutek ucisku, którego główka doznaje, przechodząc przez części porodowe, przesuwają się kości ciemieniowe, a następnie uciśniętą zostaje zatoka sierpowata większa i żyły do niéj wpadające, wskutek czego znów krew cofa się na wypukłości mózgu, a napięcie żył prowadzi do ich pęknięcia. Za tem tłumaczeniem przemawiają następujące okoliczności: 1) krwawienie zawsze odbywa się na wypukłości mózgu; 2) kości ciemieniowe w takich razach są przesunięte, chyba jeżeli przesunięcie wyrównanem zostało przez znaczny krwotok; 3) jeżeli wobec przesuniętych kości ciemieniowych wstrzykuje się ciecz do zatoki, ciecz ta dostaje się do innych żył, a nie do żył uchodzących do zatoki. Nie przemawia zaś przeciw temu tłumaczeniu, że napotykamy przesunięcie kości ciemieniowych bez krwotoku, albowiem nie każde przesunięcie kości wywołuje tak znaczny ucisk zatoki. Krwotoki w mowie będące, występują tylko pod wpływem szybko przemijającego zadziałania; ztąd to pochodzi, że nie zdarzają się śród porodów dłużéj trwających.

(Rzecz ta i pod względem sądowo-lekarskim ma swoje znaczenie, o ile jest przestrogą dla lekarza sądowego, aby w przypadku domniemanego dzieciobójstwa zbyt pospiesznie wybroczyny śródoponowéj nie uważał za dowód gwałtu zadanego dziecku przez matkę np. przez uderzenie narzędziem tępem w główkę. Sprawozd.). (*W. med. Woch.*, 1899, Nr. 45). *L. B.*

Choroby weneryczne i skórne.

L. Prochownik: **Leczenie ostrego trypra u kobiet za pomocą prądu stałego.**

Apostoli i Laguerrière ogłosili niedawno temu spostrzeżenia swe nad działaniem bieguna dodatniego prądu stałego na rozwój bakteryj. Biegun ten niszcząc zarodki wstrzymuje tem samem dalszy ich rozwój. Własności téj prądu stałego użył P. w celu leczenia świeżego trypra u kobiet. Postępował w następujący sposób: oczyszczał najpierw srom i pochwę, nieużywając do tego żadnego wziernika lub haków roztwierających. Następnie wprowadzał katodę w kształcie sondy pod przewodnictwem palca do szyjki macicznéj i prąd o sile 80 do 120 MA zamykał. Działanie prądu trwało od 8 do 10 minut, poczem polecano zupełny spokój. W przeciągu 2 tygodni 5 posiedzeń wystarczało do zupełnego wyleczenia. Leczenie wspierały oczyszczające przemywania i wstrzykiwania do cewki moczowéj. O ile prąd elektryczny wpływa na tryper chroniczny, P. nie mając jeszcze dostatecznego doświadczenia, orzec nie może. (*Münch. med. Wschft.*, 1890, Nr. 27). *Dr. Mendelsburg.*

VI. W sprawie odkrycia Kocha.

Berlin 17 listopada.

Wczoraj wieczorem odbyło się przedstawienie chorych leczonych metodą Kocha w klinice prof. Bergmanna. Napływ lekarzy był ogromny, a między nimi widzieć można było Virchowa, Gerhardta, Olshausena, Bardelebena, Waldeyera, Liebreicha, Wolfa, Colera, Mehlhausena i kilku przyjezdnych jak Esmarcha z Kielu, Königa, Madelunga, Bramanna, Ziemssena. Obecnym też był na posiedzeniu minister Gosler. Prof. Bergmann przedstawił 13 przypadków wilka, z których pięciu wstrzyknięto rano o $8\frac{1}{2}$ 0,01 tego nowego środka. U wszystkich wystąpiło miejscowe obrzmienie i zaczerwienienie i dała się skonstatować silna gorączka jako widoczny skutek po wstrzyknięciu. U niektórych z nich doszła gorączka do 41°, a na szczycie działania pojawiły się też wymioty. Pięciu zaś chorym Dr. Pfuhl wobec zebrania całego wstrzyknął pod skórę na plecach odpowiednie dawki. Następnie pokazał 2 pacjentki z obrzękami gruczołów, u których także pod wpływem tego środka występuje już reakcyja. Z miejscową gruźlicą kości i stawów przedstawił prof. Bergmann 16 przypadków, którym robione były i dalej są robione zastrzykiwania. U wszystkich reakcyja występuje bardzo silna i z objawów dotychczasowych wnosić należy, że przebieg będzie korzystny. U jednego chorego z gruźlicą kości i płuc po wstrzyknięciu nastąpił znaczny zapad, tak że nawet zachodziła obawa o jego życie, lecz szczęśliwie wszystko już ustąpiło. U chorych z gruźlicą krtani również miejscowe zmiany wkrótce występują i w przypadkach wątpliwych (rak krtani?) należy wstrzyknąć ten środek. Jeżeli reakcyi wcale nie będzie, to na pewno można powiedzieć, że mamy do czynienia z rakiem, jak to już prof. Bergmann przekonał się na jednym chorym.

Na temże posiedzeniu starszy lekarz sztabowy Dr. Köhler podzielił się rezultatami, jakie otrzymał stosując tę metodę wraz z Dr. Westphalem na chorych w Charité i w ogólności podziela on zapatrywania Kocha — jednak zupełnego wyleczenia jeszcze dotąd nie widział, chociaż u 2 chorych tak znaczna nastąpiła poprawa, że można oczekiwać stałego wyleczenia.

Dziś zaś wieczór w *Verein für innere Medizin* przy ogromnym napływie gości, między którymi wiele europejskich znakomitości, było posiedzenie, zagajone przez prof. Leydena, który podnosząc dotychczasowe zasługi prof. Kocha i świetne rezultaty leczenia jego metodą proponuje go na członka honorowego, co z wielkim aplauzem przyjętem zostało. Następnie miał odczyt prof. Fraentzel o dotychczasowych rezultatach leczenia metodą Kocha na jego oddziale w Charité.

Doświadczenia nad tą metodą zaczęto robić 13 września i takowe początkowo prowadził Dr. Pfuhl, a następnie już sami lekarze oddziałowi wstrzykiwania robili. Spostrzeżenia prof. Fraentzla zgadzają się prawie zupełnie z podanemi dotąd przez Kocha, a reakcyja zawsze w tych razach występowała, kiedy się miało do czynienia z gruźlicą, tak, że u zdrowych albo wcale nie było żadnego odczynu, albo też bardzo nieznaczny. Podnosi więc prof. Fraentzel znaczenie rozpoznawcze tej metody i w razach wątpliwych należy ją w tym celu stosować. Przebieg doświadczeń i historyję choroby u kilkunastu chorych skreślił, z czegoby jednak wynikało, że jakkolwiek niemal u wszystkich znaczna nastawała poprawa, jednak przypadku wyleczenia dotąd jeszcze nie skonstatowano. Nie twierdzę, jakoby to było już niemożliwem, lecz za mało było jeszcze dłuższych obserwacyj i za krótki przeciąg czasu leczenia, aby już coś stanowczego dało się powiedzieć. Odnoszę to naturalnie do gruźlicy płuc, jako sprawy dla nas najważniejszej, bo co do wilka, to istotnie rezultaty są świetne, a nie mniej i sprawy gruźlicze w kościach ulegają bardzo widocznej poprawie. Z przebiegu leczenia tych chorych, o których prof. Fraentzel nadmienił, wyniosłem to wrażenie, że nadzieje nasze co do skuteczności tego środka w suchotach płucnych do pewnego stopnia doznają zawodu i kiedy pierwszy zachwyt minie, pokażą się rozmaite braki, którychśmy pod wrażeniem tego bądź co bądź kolosalnego odkrycia nie spostrzegli. Pozwolę sobie z tych historyj parę szczegółów przytoczyć. Badanie chorego było robione bardzo szczegółowo, a po kilkodniowej dopiero obserwacyi czyniono na nim próby. Zaczynano zwykle wstrzykiwać od 0,001, czasem od 0,002 i po większéj części obecnie wstrzykują już 0,002. Reakcyja występowała w kilka godzin, dreszcze raz silne, drugi raz słabsze, zależało to już od dawki, bóle w piersiach, cechujące działanie tego środka, wreszcie gorączka dochodząca nieraz do 41°. Dawkę taką powtarzano dni następnych i jeżeli po wstrzyknięciu nie było reakcyi, to dawkę wówczas powiększono, trzymając się zawsze téj saméj zasady. Tak stopniując dochodzili do 0,1 nie wywołując już w końcu żadnego odczynu. Po dniach 20—30 a w niektórych cięższych przypadkach i dłużéj stan chorych widocznie się poprawił, badanie przedmiotowe wykazało mniejsze stłumienia, mniéj rzężeń lub też ich brak, przy czém poty nocne albo ustawały, albo się téż znacznie zmniejszały, plwociny stawały się więcéj śluzowe, mniéj ich było, a dochodzenie prątków, które poprzednio zawsze były, dawało wynik ujemny w najkorzystniejszych przypadkach, a w innych mniéj dobrych, było ich mniéj, czasem kilka dni ich brakło, żeby się od czasu do czasu znowu pokazać. Dla oznaczenia ilości prątków używali skali od 1 do 10 i zwykle w przypadkach, w których ilość prątków była znaczna, n. p. N. 7 lub N. 6, powoli skala się zmniejszała. Ogólny też stan chorych znacznie się poprawiał, a przybytek na ciężarze wynosił 5 funtów, $4^1/_2$, $^3/_4$ f. i t. p., ale były i notowane przypadki, w których początkowo był ubytek na ciężarze, a następnie dopiero ciężar ciała podnosił się o $^1/_4$ funta. Nieświetny rezultat. W przypadkach zaś, w których były znaczne jamy, ogólny stan bardzo lichy, tam i wstrzykiwania mały skutek sprowadziły. Wspomniał też prof. Fraentzel o możliwości i zejścia śmiertelnego po wstrzyknięciu tego środka, **a jeden już taki przypadek zdarzył się tutaj**, ale nie na oddziale prof. Fraentzla (o ile wiem u Corneta). Co jest szczególném, że pod wpływem tego środka i same prątki gruźlicze nabierają innego wejrzenia. Mają się gorzéj barwić, stają się na obydwóch swych końcach kolbowate i budowa ich perełkowa mniéj jest widoczną. Podobne preparaty mikroskopowe pokazywał nam prof. Fraentzel na posiedzeniu (co do mnie różnicy nie dostrzegłem).

Dyskusyi na wniosek prof. Strickera nie było nad tym przedmiotem, a choć następnie prof. Guttman interpelował prelegenta o niektóre szczegóły co do zachowania się gorączki i żywotności prątków gruźliczych, jednak do wyczerpującéj odpowiedzi nie przyszło. Na tem posiedzenie zostało zamknięte.

Dodać jeszcze na zakończenie muszę, że płynu tego dostać obecnie nie można, taki jest napływ żądających (do dziś rano przyjechało obcych lekarzy 1500) a dość powiedzieć, że tacy nawet, jak prof. Bruns z Tubingi, nie mogą na razie płynu tego dostać. Zamawia się tylko osobiście u Dra Libbertza pewną ilość, za co naturalnie słono sobie każą płacić, bo po 25 Mk. za porcyję.

Jutro czekają nas nowe demonstracyje chorych w klinice Dra Levy, prof. Bergmana i prof. Fraentzla, o czem w następnéj korespondencyi napiszę.

Berlin dnia 18 Listopada.

Wczorajszy wykład prof. Fraentzla był poparty dziś zrana dowodami na chorych, których nam pozwolono oglądać na oddziale chorób wewnętrznych w Charité. Sale, gdzie chorzy leżą, małe, niskie, oświetlenie wcale nieszczególne, a łóżek w każdej salce dużo, tak że oddział ten wcale nie przewyższa podobnych oddziałów u nas, jak n. p. sale chorób wewnętrznych w szpitalu św. Łazarza, a jeszcze bardziej sal klinicznych naszych.

O 10 rano przedstawiał nam kilku chorych Dr. Runckwitz, o których wiedzieliśmy już z wczorajszego wykładu, i kilku zastrzyknął nowy ten środek. Następnie koło 11 sam prof. Fraentzel wobec licznego audytoryum pokazywał nam dawniejszych chorych, którzy są już dłuższy czas w obserwacyi i objaśniał pojedyńcze przypadki historyami chorób, jakie nam zostawiono do przejrzenia. O ile z wykładu prof. Fr. nie mogłem nabrać jasnego pojęcia o przebiegu klinicznym suchot płucnych pod wpływem tego nowego środka, o tyle naoczne przekonanie się o stanie obecnym chorych dało mi jasny wynik, jak daleko sięgać może wpływ tego środka w gruźlicy płuc. W większości przypadków obserwowanych przez prof. Fraentzla, a miał takowych dotychczas 17, następowała poprawa widoczna, tylko w kilku, gdzie zmiany były znaczniejsze, takowej nie było lub w małym stopniu, choć chorzy czuli się podmiotowo lepiej. Co do mnie, jabym chwilowej poprawie nie przypisywał jeszcze ważnego znaczenia, ponieważ bywa i tak u suchotników, że od czasu do czasu następuje poprawa chwilowa, a potem wszystko wraca do dawnego. Na podstawie zaś zmniejszenia się ilości prątków w plwocinach, ustąpienia gorączki, przybytku na wadze, nie powinno się jeszcze stanowczego wniosku o poprawie wysnuwać. Dodać tutaj muszę, że obserwacye nie były prowadzone z taką ścisłością, jakby się należało spodziewać w tak ważnej sprawie a jako przykład niech posłużą dane, które sobie zanotowałem przeglądając historye choroby pojedyńczych chorych. Gorączka była mierzona zwykle tylko od 7 rano do 7 wieczór co 3 godziny, a co się już działo potem, nie wiemy. Ważnem to atoli byłoby wiedzieć zwłaszcza wobec tak często nieprawidłowego toru gorączki u suchotników. U jednego chorego rano o 7 jest 37·0, o 9 wstrzyknięto mu 0,01, o 4 zaczął gorączkować — ciepłota 39,6 (może być jednak że już między 1 a 4 była też gorączka), następnie notowane jest o 7 ej 40,0 a więc gorączka się wzmaga i możnaby wobec tego przypuszczać, że jeszcze o godz. 8 lub 9 wieczór była wyższą. Wobec jednak braku dalszych obserwacyj o przebiegu ciepłoty nie możemy mieć dokładnego obrazu. W plwocinach szukano wprawdzie prątków codziennie u każdego chorego, ale robiono tylko po 2 preparaty, a więc stanowczo za mało, a wiemy, że nieraz u wybitnych suchotników potrzeba badać dni kilka i to po kilka robić preparatów, nim się prątki znajdzie. Zależy to bowiem od tylu rozmaitych drobnych okoliczności, że wniosków o poprawie znacznéj ze znalezienia mniejszej lub większéj ilości prątków robić nie można, tem mniej gdy się tę ilość ocenia według dowolnéj skali od Nru 1 do Nru 10 (skala Gaffky'ego), zależnej już od indywidualnej wprawy i cierpliwości badacza. W notatkach też prof. Fraentzla widziałem, że rozmiary skali wypadają rozmaicie, n. p. po notatce kilkodniowej skala Nr. 6 lub Nr. 7 idą dnie, gdzie jest 0, zdawałoby się więc że jest widoczna poprawa, tymczasem zaraz już następnych dni pokazują się na nowo prątki

w poprzedniej ilości Nr. 6 i 7 — a więc nie była to istotna poprawa, lecz chwilowy brak w badanej grudce plwocin.

Historyje chorób także pozostawiają nieco do życzenia; zapewne dzieje się to z powodu nawału czynności. Tak n. p. ostatnia notatka tycząca się chorego Weigta z d. 15 lub 16 listopada opiewa, że stłumienie zaledwie się daje wykazać w szczycie, rzężeń brak, tymczasem wskutek pozwolenia prof. Fraentzla badaliśmy tego chorego wraz z prof. Gluzińskim i Dr. Pomorskim i okazało się, że stłumienie sięga z tyłu po lewej do połowy łopatki, z prawéj nieco poniżéj grzebienia łopatki, z przodu prawie po całéj stronie lewéj przytłumienie, z prawéj prawie do 3 żebra, przy czem wdechy i wydechy oskrzelowe, rzężenia dźwięczne dość liczne, a to wszystko nie zgadza się z notatką, jaka się znajduje w historyi choroby. Przypuszczam więc, że prof. Fraentzl nie badał tego chorego, lecz któryś z młodszych lekarzy tak różowo rzecz tę przedstawił, bo nie mógłbym pojąć, jak można takie zmiany przeoczyć. Co do poprawy pod względem ciężaru ciała, to nie da się zaprzeczyć, że są nieraz znaczne przybytki obok bardzo małych. Z tego jednak również wnosić jeszcze nie należy, że sprawa gruźlicza w płucach uległa zmianie na lepsze, bo czyż nie zdarza się często, że chory suchotnik przeniesiony w lepsze warunki niż dotychczas, lepszą mając opiekę i wygody, nie mówię już o pożywniejszéj strawie, zaczyna przybywać na wadze, nieraz bardzo znacznie, a potem wszystko to się cofa, i sprawa idzie daléj. Za krótki to jednak czas 2 miesięcznéj obserwacyi, aby na podstawie tego można już było coś stanowczego powiedzieć.

W klinice prof. Bergmana przedstawiono nam 3 przypadki wilka ze świetnym jak dotychczas rezultatem. U jednego chorego po wstrzyknięciu d. 6 listop. już znakomita poprawa, gdzie niegdzie tylko widzi jeszcze ślady wilka, zresztą świeża blizna mocno różowa. Ponieważ wyleczenie nie jest jeszcze zupełne, przeto wstrzyknięto mu dziś drugą dawkę.

Drugi chory na wilka dostał już 6 wstrzyknięć, po pierwszem zaraz ciepłota podniosła się do 40,7. ale następnie już spadła i nie podnosiła się wyżej 38,6 po następnych wstrzyknięciach. I ten przypadek może być zaliczony do bardzo pomyślnych. Przy nas też choremu wstrzyknięto 1-ą dawkę. Toż samo można powiedzieć i o 3-cim przypadku.

Obok tego widzieliśmy 9 przypadków gruźlicy kości, przeważnie u dzieci od 1½ roku do lat 11, najczęściéj były to zmiany w stawie biodrowym. Próby były robione w większości przypadków dopiero od 6/11 b. r., a u niektórych nawet zaledwie przed 2 dniami, tak że rezultatów dobrych spodziewać się nie było można wobec tak krótkiego czasu. Reakcyja występuje jednak bardzo znaczna, obrzmienie w miejscach dotkniętych gruźlicą silne, przyczem chorzy mocno gorączkują nawet po wstrzyknięciach 0,000 mamy już gorączkę 40,0 (V) 40,5 (IV) u 7-go ciepłota z 36,6 podskoczyła odrazu na 40,4 dn. 6/11, a ponieważ obecnie już nie gorączkuje, więc wstrzyknięto mu przy nas 0,005 drugą z kolei dawkę. Wstrzykiwania w tych przypadkach robi prof. Bergman małe, ponieważ najczęściéj u dzieci takich są zmiany gruźlicze w płucach lub gruczołach, mogłaby więc wystąpić bardzo znaczna reakcyja i niemiłe przypady zapadu, jak się to już raz zdarzyło, gdzie dopiero po wstrzyknięciach eteru i kamfory obawy o życie chorego ustąpiły.

W 2 przypadkach znacznych obrzęków gruczołów na szyi, po wstrzyknięciu również nastąpiła silna reakcyja, ale gruczoły zaczęły się zmniejszać. U jednéj choréj 16-letniéj po zastrzyknięciu zwykłéj dawki, ciepłota podniosła się do 40,5, a na całém ciele, przeważnie jednak na plecach, pokazała się dość gęsta guzkowata osutka, a na tych guzkach pojawiły się krostki. Ponieważ jednak chora nie gorączkuje, pomimo nawet istniejącéj jeszcze osutki wstrzyknięto jéj przy nas drugą dawkę.

Oprócz tego przedstawił 3 przypadki gruźlicy krtani, którym dopiero od kilku dni zaczęto wstrzykiwać po 0,005. O polepszeniu stanowczem jeszcze na razie nie można mówić, wobec jednak widocznéj reakcyi (ciepłota doszła do 40,9), należy się tutaj spodziewać dobrego skutku. U 4-go chorego nie można rozpoznać było napewne, czy się ma do czynienia z gruźlicą krtani czy też sprawą nowotworową i dlatego na próbę wstrzyknięto mu pełną dawkę. Odczynu żadnego potém nie było, można więc było wykluczyć gruźlicę i jak się potem okazało istotnie był rak krtani.

W prywatnéj klinice Dra Levy (Prenzlauerstrasse 46), u którego doświadczenia Kochowskie były też robione, widziałem 6 przypadków wilka z wynikiem bardzo dobrym. Co do przedstawionych nam 3 przypadków suchót płucnych, to miała też nastąpić bardzo znaczna poprawa, o czem jednak nie mogliśmy się przekonać, choć badaliśmy chorego przedmiotowo, ponieważ nie mieliśmy porównania z poprzednim stanem chorego.

Byłyby to więc wszystkie przypadki, jakie można było widzieć w ciągu tych dwóch dni i jakie były nam przez profesorów demonstrowane. Kilka jeszcze przypadków ma się znajdować w klinikach Prof. Gerhardta i Dra Krausego, których jednak z powodu kolizyi z innemi klinicznemi demonstracyjami widzieć nie można było.

Co się tyczy samego płynu, to on przedstawia się jak limfa, jest zupełnie przeźroczysty i rozcieńczony wcale nie mętnieje. Nazwa, jaką mu dali „Paratoloidin“, jest niesłuszną, bo dotąd sam Koch żadnéj nie przeznaczył, bojąc się może by przez odpowiednią nazwę n a r a z i e nie zdradzać tajemnicy. Do wstrzykiwań podskórnych używa się rozcieńczenia z ½% roztworem kw. karbolowego i po odpowiedniem rozcieńczeniu wstrzykuje się zapomocą strzykawki Kocha pod skórę na plecach. Strzykawka ta ma tę chyba zaletę przed innemi, że się łatwo daje oczyścić i desinfekcyjonować, bo nie posiada tłoczka, który jest zastąpiony zwykłym balonikiem. Przed każdem wstrzyknięciem płyn rozcieńczony sterylizuje się dokładnie, a resztę przechowuje się w epruwetkach zatkanych dobrze watą. Sterylizacyja tego środka wyklucza możliwość, ażeby to były toksalbuminy, ponieważ te jak wiadomo przestałyby działać. Sam Koch dotąd składu tego płynu nie podał i trzyma go w ściśléj tajemnicy, tak że nawet jego asystenci, jak Dr Pfeifer i Esmarch, nie są zaznajomieni z metodą przygotowania tego płynu. Jedynie Dr Lebbert i Dr Pfuhl są wtajemniczeni i ten pierwszy ma poruczone wyrabianie tego płynu, którego jednak na razie nikt nie może dostać, chyba wyjątkowym sposobem, jak się to udało prof. Rydygierowi i Dr. Bujwidowi z Warszawy. Dr Lebbert taką masę otrzymał telegramów, że nie jest w stanie nie tylko na nie odpowiedzieć, lecz je nawet przeczytać, to też, jak to widział prof. Rydygier, cała szafa nie otwartych telegramów znajduje się u Dr. Lebberta. Ani do Kocha, ani do tych dwóch panów dostać się nie można — nikogo nie przyjmują, a o ile można się było dowiedzieć, limfa będzie dostarczona dopiero za kilka tygodni i tylko w pierwszym rzędzie dostaną kliniki, szpitale lub zakłady rządowe, lekarze zaś prywatni dopiero w miarę możności będą mogli kupować limfę wprost od Dra Lebberta za pobraniem pocztowem, jak to widać z ogłoszenia przybitego na drzwiach mieszkania Dra Lebberta (*Lüneburgerstrasse Nr 28*).

Koch miał się w ten sposób odezwać, że dla tego nie chce zdradzić tajemnicy, ażeby przez brak należytej wprawy i doświadczenia w przygotowaniu tego płynu nie zaszły jakie omyłki, któreby nie tylko samej metodzie zaszkodziły, lecz i szkodę chorym mogłyby wyrządzić.

Według domysłów Buchnera z Monachjum płyn ten składa się zapewne z proteinów bakteryj, czyli z ciał białkowatych zawartych w komórkach pojedyńczych bakteryj. One to mają własność wzbudzać zapalenie po zastrzyknięciu pod skórą. Prof. Emmerich w Monachjum miał wykład o metodzie Kocha, a z streszczenia jego w „*Münch. N. Nachr.*“ dowiaduję się, że podobne jak Koch doświadczenia robił on wspólnie z Dr. Popowem i otrzymywali bardzo silną reakcyję. Brali oni skoncentrowane w próżni hodowle bulionowe z 14-tu rozmaitych rodzajów bakteryj, przez odpowiednią jednak filtracyję wolną od bakteryj i takowe zaszczepiali zwierzętom. Otóż już w 2 godziny po wstrzyknięciu zwierzęta drżały, dostawały gorączki dochodzącéj do

41.8 C., okazywały znaczne osłabienie, leżały spokojnie w klatce i jeść nic nie chciały.

Czasem występowała i śpiączka, jednak na bodźce zewnętrzne nagle zwierzęta oddziaływały. Po 12 godzinach gorączka mijała, zwierzęta przychodziły do siebie i następne wstrzyknięcia znosiły już coraz lepiej pomimo większych dawek, coby już dowodziło pewnego przyzwyczajenia się. W ten sposób było szczepionych około 20 królików i świnek morskich w odstępach kilkodniowych temi hodowlami buljonowemi, poprzednio jednak każdy z takich królików miał już sobie zaszczepioną gruźlicę.

Wynik okazał się jednak ujemny, bo jednakowo uległy gruźlicy tak króliki szczepione dwiema hodowlami, jak i te, którym tylko gruźlicze hodowle zaszczepiono. Tylko kilka królików i świnek morskich, którym zaszczepiono po kilkakroć poprzednio hodowle tych 14 rodzajów bakteryj, ale nie filtrowanych, a więc bakteryje zawierające, zachowywały się odmiennie. Podczas gdy króliki z zaszczepioną gruźlicą chudły znacznie i zdechły w końcu, to króliki z dwojakiemi szczepieniami poprawiały się znacznie. W 3 tygodnie jednak po zdechnięciu poprzednich królików zostały zabite i okazało się, że i one uległy gruźlicy, ale w znacznie mniejszym stopniu, ognisk gruźliczych mniej było a badanie histologiczne wykazało o wiele mniej prątków gruźliczych niż u poprzednich, u których kolosalna ilość tychże się znajdowała. Zasługuje jeszcze na uwagę ta okoliczność, że u niektórych królików po zastrzyknięciu tych kultur powstało mniejsze lub większe zapalenie płuc. Doświadczenia te mają pewną wspólną cechę z doświadczeniami Kocha.

Reasumując dotychczasowe spostrzeżenia i doświadczenia nie tylko Kocha lecz i tych profesorów, na których oddziałach były robione próby, a w części opierając się na tem, com sam widział, muszę przyznać, że odkrycie Kocha ma nieocenioną wartość, jako metoda dająca się już na razie zastosować i jako wskazówka nie nowych wprawdzie dróg, bo te już empirycznie przez Jennera, a doświadczalnie przez Pasteura zaznaczone były, ale dróg utartych niezmordowaną pracą i głębokiemi zaletami umysłu uczonego badacza Kocha, po których dalej dążąc możemy dojść do niesłychanych rezultatów w zakresie leczenia chorób zakaźnych. Dotychczasowe doświadczenia i próby zwłaszcza u suchotników robione są jeszcze za krótkie, aby już można było dziś wyrokować o skuteczności leczenia tego w suchotach, a z przedstawionych nam suchotników bardzo korzystnego wrażenia nie mogliśmy odnieść, nie widząc ani jednego wyleczonego przypadku suchot płucnych, co też potwierdza i Dr. Köhler, który wraz z Drem Westphalem w berlińskich szpitalach pracuje nad tą metodą. Nawet i wymagać tego trudno w tak krótkim przeciągu czasu, co jednak najmniejszéj ujmy nie czyni świetnemu wynalazkowi Kocha. Rezultaty już same dotyczące się leczenia wilka byłyby dostateczne, ażeby odkrycie Kocha uważać za nadzwyczajne. Cóż dopiero, jeżeli późniejsze doświadczenia potwierdzą zdanie wypowiedziane przez Kocha, że „po tych doświadczeniach mogę przypuszczać, że początkujące suchoty tym środkiem dadzą się na pewno wyleczyć“ a dalej jeszcze mówi „powroty choroby naturalnie nie są jeszcze wykluczone, jednak możemy przypuszczać, że i te z łatwością i prędko dadzą się usunąć, jak i pierwotna choroba“.

Niemniej ważne znaczenie ma metoda Kocha w celach rozpoznawczych, a kilka przypadków dotąd obserwowanych — tyczących się gruźlicy płuc i raka krtani, potwierdzają to zdanie.

Muszę jeszcze zwrócić uwagę na pewne niebezpieczeństwo przy zastosowaniu tych wstrzykiwań, po których bowiem może wystąpić znaczny zapad, jak się to zdarzyło w klinice prof. Bergmana, gdzie tylko rychła pomoc zapobiegła smutnemu końcowi. Wspomniał też prof. Fraentzel o jednym przypadku śmierci wskutek zastrzyknięcia, a podobno i Drowi Cornetowi zdarzyły się podobne przypadki, o czem jednak na pewno dowiedzieć się nie mogłem. Byłoby to ostrzeżeniem, że wstrzykiwania Kochowskie muszą być robione pod ścisłą kontrolą i obserwacyją lekarską, a żadną miarą nie powinni sami pacjenci podobne wstrzykiwania na sobie wykonywać, z czego oprócz myłek dyjagnostycznych wiele mogłoby być szkody dla samych chorych i uprzedzeń do téj metody powstać.

W każdym razie odkrycie Kocha pozostanie na zawsze jednym z największych wynalazków naszych czasów, szkoda tylko że pisma polityczne niepowołane do tego, przez fałszywe interpretacye i rozgłaszanie przesadnych rezultatów, mogą wzbudzić niemożliwe do spełnienia żądania tak w kołach lekarskich jak i między chorymi, następstwem czego będzie tylko smutne rozczarowanie pod wieloma względami.

Dr. Józef Surzycki.

Davos 17 Listopada.

W Sanatorium rozpoczął dziś dr. Turban wstrzykiwania przeciw gruźlicy płuc cieczą Kocha, którą podczas pobytu w tegoż pracowni otrzymał. Ciecz sama przedstawia się z wejrzenia i konsystencyi zupełnie podobną do *Ol. jecoris aselli flavum.* Ciecz rozcieńczono w trójprocentowym kw. karbolowym w stosunku 1: 100, i z tego rozcieńczenia wstrzyknięto sześciu chorym ponad górnym kątem łopatki dwie przedziałki t. j. 0.002 gm. cieczy za pomocą strzykawki, w której miejsce tłoka zastępuje balonik kauczukowy. Dowiaduję się, że najprawdopodobniejsze przypuszczenie co do przyrody cieczy służącej do wstrzykiwań jest to, że jest to sterylizowana i zagęszczona hodowla koków róży. Co do wyników leczenia gruźlicy płuc przez powyższe wstrzykiwania, to Koch ma nadzieję, że takowe śród warunków sprzyjających, jak n. p. w zakładach klimatycznych, wypadną pomyślniej, niż w Berlinie, i radzi przeprowadzać leczenie przypadków cięższych w miejscach klimatycznych, jakoteż udawania się tamże na następowe leczenie po ukończeniu wstrzykiwań, których i w najcięższych przypadkach próbować radzi. *W. J.*

Guève w Azyi mniejszéj 13 listopada.

Cholera, nie zniknęła wcale jeszcze z horyzontu. Grasuje ona jeszcze obecnie w Syryi w miastach: Antyochoii, Aintab, Orfa, Biredżik, Hama i Homs. Początek powstania jéj tutaj przypada na pierwsze dni września i to mianowicie w mieście Aleppo, gdzie zabrała około 700 ofiar w przeciągu niespełna miesiąca. Śmiertelność dzienna w miastach tych razem dochodzi do 200. Cyfry naturalnie są niedokładne, bo w wielu miejscowościach nie ma wcale lekarzy. Rząd turecki wysłał do miejsc zagrożonych cholerą do zwalczania téjże 15 chirurgów wojskowych, zaś do śledzenia laseecznika cholerycznego pułkownika Husseina Remzy beya, profesora zoologii w szkole lekarsk. wojskowéj. Jest obawa, iż, gdy cholera dostanie się do miast portowych jak Beyrut lub Aleksandretta (Iskender), łatwo może być zawleczona do Europy. Zupełnie natomiast wygasła cholera w Mezopotamii, nad jeziorem Wan i w krainie Hedżaz, gdzie najwięcéj ofiar poniosła Mekka. W mieście tem srożyła się cholera szczególniéj między pielgrzymami. Wrócili oni już (2 tygodnie temu) do swych progów rodzinnych, zdziesiątkowani naturalnie, przebywszy podwójną kwarantanę. Z pobliskiéj miejscowości wyszło 8, a wróciło dwóch wynędzniałych, z którymi miałem sposobność rozmawiać. Skarżyli się na trudy podróży, brak wody i drożyznę; za chleb np., za który się zwykle płaci 8 kr., płacili po 2 złr. Koszta podróży przeciętnie oblicza się na 600 złr. na głowę. Tyle tedy kosztuje trudów i pieniędzy tytuł „hadżiego“ (pielgrzym), na który dostają odrębne pismo.

Z innych chorób zakaźnych, sporadyczne tylko przypadki gorączki dengue i dyzenteryi itd., natomiast na przedmieściach Konstantynopola panuje dość silnie ospa.

Konstantynopol w roku bieżącym miał zaszczyt oglądać oprócz głów koronowanych także niektóre powagi lekarskie, jak Virchowa, Semmolę i obecnie goszczącego lekarza Bismarka p. Schweningera. Szczególniéj dużo hałasu narobił Semmola, który wywiózł, opuszczając stolicę nad Bosforem po 3 tygodniowym pobycie okrągłą sumkę 100.000 franków, nie licząc w to dekoracyj sułtańskich itd. Schweningera zaś, który obecnie tu gości, spotkał nie mały zaszczyt ze strony sułtana, który wysłał umyślnie na koszt panstwa przed dwoma laty 2 lekarzy do studyjowania jego metody leczenia otyłości. Wrócili oni dopiero w tych dniach, przywożąc ze sobą mistrza. Jak z tego widać, rząd turecki ma dużo dobrych

chęci, lecz idzie po omacku. Zadalekobym zaszedł chcąc się zapuszczać w opis podobnych faktów. W obawie tedy nadużycia cierpliwości, kończę, prosząc o pobłażliwość dla swego wdzięcznego ucznia. *Dr. J. Bednarski.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 20 listopada. Świat cały, lekarski i nielekarski, zajęty jest Robertem Kochem i jego odkryciem; wszystkie bez wyjątku dzienniki rozpisują się nad tym ważnym faktem, podnosząc pod niebiosa zasługę oddaną ludzkości przez znakomitego badacza. Niema już gruźlicy, niema suchot — otóż hasło powszechne, chociaż Koch sam, znany ze sumienności i trzeźwości, skromniéj się wyraża o swoim środku i jego skuteczności. Ale chociażby doświadczenia kliniczne sprawdziły tylko to, co sobie Koch obiecuje, byłoby to już bardzo a bardzo wiele, a odkrycie jego stanowiłoby epokę w medycynie. Nic więc dziwnego, że wszystkie pisma niemieckie z uwielbieniem i dumą wyrażają się o swoim ziomku; jednak przesiąknięte szowinizmem stają się niesprawiedliwemi i w zapale swoim zapominają, że z tryjady gwiazd, przyświecających na téj drodze, Koch jest gwiazdą z kolei trzecią, że więc podziwiając blask gwiazdy trzeciéj, należałoby oddać hołd należny i dwom pierwszym, bez których niebyłoby zapewne, a przynajmniéj tak rychło nie przyszłoby do odkrycia obecnego. Pierwszą z tych gwiazd jest William Jenner, który na samym wstępie bieżącego stulecia okrył się sławą nieśmiertelną przez zaprowadzenie szczepienia ochronnego przeciw ospie; drugą gwiazdą jest Ludwik Pasteur, którego rozliczne prace chemiczne, zwłaszcza nad kiśnieniem, oraz nad drobnoustrojami jako zaczynami, stały się podstawą tyle zbawiennéj reformy w leczeniu ran, zaprowadzonéj głównie przez Listera, tak jak swojem szczepieniem ochronnem przeciw karbunkułowi, róży i wściekliźnie, podjął pierwszy myśl jenialną Jennera, wskazując tem samem drogę do leczenia chorób zakaźnych. Koch zrazu ograniczył się do badań teoretycznych i oświadczył nawet, że nie jego jest rzeczą, snuć wnioski praktyczne dla terapii. Co większa, lekceważył szczepienia Pasteura, bo w oczach szowinistów niemieckich wszystko, co wychodzi z Francyi trąci blagą; późno dopiero nawrócił się Koch, bo dopiero w Sierpniu r. b. na ostatnim Zjeździe lek. w Berlinie przyznał, że jedyny rezultat, którym dotąd poszczycić się możemy w walce przeciw bakteryjom, wynika ze szczepień Pasteura, a teraz widzimy, że z dotychczasowego przeciwnika stał się zwolennikiem Pasteura i wstąpił na drogę przez niego wytyczoną. I to nawrócenie się Niemcy poczytują mu słusznie za zasługę, ale tem mniéj wypada im zamilczeć o zasługach wielkiego i uczonego badacza francuskiego. Nie zmniejsza to zasług Kocha, bo jakkolwiek świat, sądzący po skutkach praktycznych, odkrycie obecne poczytuje mu za zasługę największą, to pod względem naukowym o wiele więcéj zasłużył się z powodu odkrycia laseczników gruźlicy i cholery i z powodu podniesienia bakteryjologii do rzędu nauki ścisłéj i to nauki, która medycynie na długi czas nowy nadała kierunek.

Nic też dziwnego, że wiadomość o nowem odkryciu formalnie świat cały oszołomiła i że nawet pisma polityczne w ostatnich kilku dniach głównie zajmują się sprawą tą czysto lekarską, — że reprezentacyje powiatowe, krajowe, gminne, a tem bardziéj grona i jednostki lekarskie, głośny oddając hołd wielkiemu badaczowi, starają się równocześnie o jak najszybsze wyzyskiwanie nowego sposobu na korzyść chorych. Najwyższa Rada zdrowia w Wiedniu wniosła, aby Rząd wysłał dwóch delegatów do Berlina, celem zapoznania się z metodą Kocha; ministerstwo wojny delegowało rodaka naszego, znanego z prac bakteryjologicznych, lekarza pułkowego Dra Henryka Kowalskiego, inny bakteryjolog polski Dr. Bujwid z Warszawy znajduje się już na miejscu, z Wiednia nadto wyjeżdża dwóch rodaków prof. Hofmokl i docent Neisser, z Krakowa zaś wyjechalo przed kilku dniami kilku kolegów a mianowicie prof. Rydygier z asystentem Drem Kryńskim, proff. Pieniążek i Gluziński, asystent kliniki lek. Dr. Surzycki, a w przeszłym tygodniu asystent prof. Browicza Dr. Hempel. Jak gazety donoszą, przybyło już do Berlina 3000 lekarzy z rozmaitych stron świata. W miastach wielkich zamierzają założyć osobne szpitale dla chorych na gruźlicę, a według listownego doniesienia kol. prof. Jaworskiego w Davos w sanatoryjum Dra Turbana, już w poniedziałek ostatni rozpoczęto szczepienia przeciw gruźlicy. Prof. Billroth i Nothnagel we Wiedniu na wstępie wykładów swoich zwrócili uwagę słuchaczów na wielką doniosłość nowego sposobu leczenia bez żadnych ze swéj strony zastrzeżeń, — tak wielkiem jest zaufanie pierwszorzędnych klinicystów do badań Kocha. Nie dziwimy się też, że Niemcy spodziewają się dotacyi narodowéj dla dobrodzieja ludzkości, a *N. fr. Presse* w pięknym i szumnym artykule wstępnym wskazując na stojące obok siebie w Londynie pomniki Nelsona i Jennera, radaby czemprędzéj widzieć w Berlinie obok pomnika Moltkego pomnik Kocha. Dziwniejsza atoli, że w Krakowie odezwał się głos, że trzeba natychmiast rozpocząć zbieranie składek na ten pomnik i że w zbieraniu powinni początkować Polacy (zapewne dlatego, że ze wszystkich narodów cywilizowanych Polacy są narodem najszczęśliwszym i najmajętniejszym). Tych rozgorączkowanych entuzyjastów wypada ochłodzić słowami prof. Alberta, wypowiedzianemi w obec uczniów swoich temi dniami: „Zachowajcie Panowie przedewszy-„stkiem spokój i krew zimną! Ludzkość chwilowo znaj-„duje się w oszołomieniu, które rażąco odbija od trzeźwéj, ściśle „naukowéj formy oświadczeń Kocha, który wyraża się całkiem „przedmiotowo. Powiada on, że w okresie początkowych suchot „można coś osiągnąć za pomocą jego środka, ale nie w przy-„padkach zastarzałych. Chorzy na gruźlicę oddają „się przesadzonéj nadziei. Wszyscy ci ludzie, którzy teraz znaj-„dują się pod wpływem napięcia gorączkowego, pielgrzymować „będą wkrótce do Berlina, aby tam znaleźć wyleczenie. Natural-„nie, że niepodobna będzie odmówić ich życzeniu, ale sku-„tek nie odpowie oczekiwaniom. Wtedy powiedzą, „że środek nowy jest blagą, że ich tylko mistyfikowano. To „oszołomienie może stać się zabójczem dla nowego, nader cen-„nego odkrycia.“

W Radzie Najwyższéj sanitarnéj we Wiedniu żywa toczyła się w dniu 15 b. m. dyskusyja nad odkryciem Kocha, w któréj obok uznania ogromego jego znaczenia wypowiedziano: że prawdziwą korzyść odkrycia zabezpieczyć można tylko przez ściśle umiejętne badanie, wolne od uprzedzenia i racyjonalne stósowanie środka, wystrzegając się przesadnych nadziei i nadużycia a unikać będzie można wprowadzenia w błąd szukających pomocy i następowego rozczarowania.

Cierpliwości zatem — czekajmy, co powie doświadczenie kliniczne!

Postaraliśmy się o szybkie i dosłowne tłomaczenie wiadomości podanéj przez Kocha i rozesłaliśmy ją w osobnym dodatku do Nru niniejszego.

Ponieważ jednak w tłomaczeniu oryginalnego artykułu Kocha o leczeniu gruźlicy dokonanem z wydania wiedeńskiego pisma lekarskiego brak ustępu o własnościach płynu szczepiankowego, ustępu według naszego zdania ważnego, przeto uzupełniamy je szczegółem znajdującym się pismach lekarskich berlińskich.

„Ciecz szczepiankowa jest to ciecz brunatnawa, przeźroczysta, która jako taka, a więc bez zachowania szczególnych ostrożności, nie rozkłada się. Dla użytku leczniczego ciecz ta rozcieńcza się i jeżeli rozcieńczy się ją wodą destylowaną, rozkłada się łatwo; powstają w niéj wegetacyje bakteryj, ciecz mętnieje i jest nie do użycia. Aby zapobiedz temu rozkładowi, należy ciecz rozcieńczoną za pomocą gorąca wyjałowić i pod zatkaniem watą przechować, albo też, co wygodniejsze, rozcieńczyć 0·5% rozczynem kwasu karbolowego. Częstsze ogrzewanie téj cieczy rozcieńczonéj wodą, jakoteż kwas karbolowy użyty do rozcieńczenia zdają się jednak po pewnym czasie działanie szczególnie silnie rozcieńczanych rozczynów osłabiać, dlatego też Koch używał rozczynów o ile możności świeżo przyrządzanych“.

* Na wczorajszem posiedzeniu Tow. lekarskiego prezes prof. Mars oddał hołd zasługom Kocha, poczem kol. Surzycki, powróciwszy z Berlina, zdał sprawę ze swoich spostrzeżeń na miejscu czynionych; nad sprawozdaniem jego wszczęła się dyskusyja, w któréj pierwszy głos zabrał prof. Browicz, na podstawie znanych oświadczeń Kocha wyłuszczając, czego się po jego metodzie spodziewać można, a czego nie, oraz w sposób pouczający i przekonywający tłumacząc i objaśniając sposób działania injekcyj Kocha; poczem zabrali głos kol. prof. Obaliński, Zaręba, Surzycki, Bossowski i Kro-

kiewicz. Następnie miał prof. Obaliński wykład zapowiedziany, a prof. Browicz okazał ciekawy preparat anatomiczny. W końcu wybrani zostali jednomyślnie członkami Towarzystwa Drowie Choróbski, Dekański i Rosner młodszy.

* W skutek telegramu otrzymanego od prof. Rydygiera, iż udało mu się otrzymać płyn Kocha, prezes Tow. lekarskiego zwołał posiedzenie nadzwyczajne na Sobotę (jutro), które się wyjątkowo odbędzie w klinice chirurgicznéj nowéj.

* W tygodniu bieżącym odbyły się w Krakowie egzamina fizykackie pod przewodnictwem p. protomedyka Merunowicza. Zgłosiło się tym razem tylko dwóch kandydatów, którzy obaj uczynili zadosyć wymogom, a mianowicie pp. Dr. Władysław Białkowski rodem z Tarnowa i Antoni Krokiewicz z Krakowa, ostatni z postępem celującym.

* Według ostatnich wiadomości ze Lwowa toczyła się wczoraj rozprawa nad wniesionym po raz drugi projektem rządowym o urządzeniu służby zdrowia w gminach i obszarach dworskich. Projekt ten przekazany był komisyi sanitarnéj sejmowéj; a sprawozdanie złożone przez tę komisyję w d. 10 b. m. oświadczyło się za stopniowem zaprowadzeniem téj ważnéj instytucyi, a mianowicie, że „tworzenie okręgów sa„nitarnych postępować będzie stopniowo w miarę rozporządzal„nych sił lekarskich i z uwzględnieniem stosunków finansowych „kraju i powiatów w ten sposób, że przed innemi tworzone będą „okręgi sanitarne w okolicach, w których stosunki sanitarne są „najniekorzystniejsze“. Otóż po przemówieniu wyczerpującem mowcy jeneralnego prof. Czyżewicza, a następnie sprawozdawcy prof. Pilata, przyjęto 16 paragrafów ustawy z nieznacznemi zmianami, a były widoki, że cała ustawa w trzeciem czytaniu przyjętą zostanie.

Ustawę tę, tak ważną dla kraju, razem z instrukcyją dla lekarzy gminnych, podamy w swoim czasie, a dziś nadmieniamy, że jeden z młodszych lekarzy tutejszych przygotowuje już komentarz obszerny dla jednéj i drugiéj, który okaże się w osobnem wydaniu bezpośrednio po wejściu w życie ustawy.

* Wskutek memoryjału wystósowanego przez Wydział Tow. nauczycieli szkół wyższych w sprawie nadzoru lekarskiego w szkołach galicyjskich Komisyja szkolna Sejmu przedłożyła wniosek: „Wys. Sejm raczy uchwalić: Wzywa się c. k. „Rząd, aby w najkrótszym czasie ustanowił lekarzy szkol„nych przy szkołach średnich w kraju naszym“ (Sprawozdawca rektor Zakrzewski). Sejm wniosek ten uchwalił; mamy więc nadzieję, że ważna ta instytucyja i u nas wejdzie w życie, gdzie jest potrzebniejsza, anizeli gdzieindziéj. I do tego przedmiotu jeszcze wrócimy, dla braku miejsca poprzestając dziś na téj wzmiance.

* Komisyja budżetowa Sejmu galicyjskiego uchwaliła na wniosek referenta prof. Czyżewicza wstawić w budżet krajowy kwotę 125,000 złr. na budowę pawilonu chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie. Pospieszamy z udzieleniem ważnéj téj wiadomości, z powodu, że teraz usprawiedliwioną jest nadzieja, że w krótkim czasie stanie nowy i godny przybytek dla oddziału chirurgicznego, który pod umiejętnem i sprężystem kierownictwem prof. Obalińskiego oddaje znakomite usługi nietylko chorym, ale i nauce.

— Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 17. b. m. pod przewodnictwem Prezydenta miasta posiedzenie, na którem fizyk miejski Dr. Buszek podał do wiadomości, że w październiku r. b. umarło w Krakowie 185 osób, między niemi 41 obcych. Wykładnik śmiertelności wyniósł z obcymi 29·3, bez obcych 22·8. Z chorób zakaźnych zmarło: na odrę 9, płonicę 2, dławiec i błonicę 14, tyfus brzuszny 6, na suchoty płucne 31, na zapalenie płuc 14 osób. — Oświadczono się przychylnie co do prośby X. Chromeckiego, rektora X.X. Pijarów, o składanie zwłok w krypcie pod kościołem aż do pogrzebu, z wyjątkiem zwłok osób zmarłych na choroby zakaźne, które stosownie do przepisów wynosić należy do domu przedpogrzebowego na cmentarzu. Zarazem polecono Magistratowi, by ułożył się co do opłaty za używanie krypty na cel wymieniony na podstawie podziału na klasy według zamożności stron interesowanych. Ze względu na to, iż niekiedy zwłoki osób zmarłych w szpitalach, nawet sekcyjonowane, przenoszą krewni do mieszkań prywatnych, aby z nich odbywać pogrzeby, wezwano Magistrat, by wydał rozporządzenie zakazujące takiego postępowania niewłaściwego ze względów sanitarnych a przykrego dla mieszkańców. — Następnie zastanawiano się nad znaczeniem projektowanéj ustawy o organizacyi służby zdrowia w gminach galicyjskich i zgodzono się, iż teraz nie ma powodu do żadnych kroków ze względu na zastósowanie do Krakowa. — Z powodu pewnéj petycyi, którą załatwiono odmownie, wezwano Magistrat, aby usunął nieporządki sanitarne w niektórych hotelach. — Sprawę ostatecznego uchwalenia instrukcyi co do desinfekcyi odłożono do następnego posiedzenia. W końcu załatwiono dwie drobne sprawy.

* Nakładem Tow. Opieki zdrowia w Krakowie wyszła książeczka p. t. „Wskazówki żywienia i pielęgnowania dzieci w pierwszym roku życia“ napisał Prof. Dr. Jakubowski (in 8-vo str. 43). W obec faktu że w Galicyi umiera rocznie 35,000 dzieci w pierwszym roku życia, pouczenie rodziców o sposobie najodpowiedniejszym pielęgnowania dziatek. z pewnością ma ogromne znaczenie, bo tym sposobem znaczną przynajmniéj część skazanych na zatracenie dzieci ocalić można. To też za wielką zasługę poczytać należy Towarzystwu a względnie zabiegliwemu jego prezesowi, że powziął myśl wydania dziełka, popularnie napisanego, a mieszczącego w sobie wszystko, co dla szerszéj publiczności jest potrzebnem do należytego pielęgnowania dziatek. Nazwisko autora tego dziełka, znanego i doświadczonego specyjalisty, ręczy, że wszystko, co w niem powiedziano, jest dobre, przystępne, bo wszystko to oparte jest na przeszło ćwierćwiekowem obfitem doświadczeniu. Jeżeli jeszcze dodamy, że Towarzystwo oznaczyło cenę bardzo niską (10 ct. za egzemplarz, a za 100 egz. tylko 5 zlr.), to niepłonną jest nadzieja, ze dziełko rozejdzie się w tysiącach egzemplarzy, że znajdować się będzie w każdym domu, w ręku każdéj matki; obojętność bowiem w obec rad w niem mieszczących się zdradziłaby obojętność dla dzieci, o co przecie żadnéj matki posądzać nie można.

* Doszedł nas Kalendarz lekarski na r. 1891 ułożony przez Dra Jana Stella Sawickiego, inspektora szpitali galicyjskich (Lwów, nakładem księgarni Gubrynowicza i Schmidta), jestto rok 9-ty tego wydawnictwa. Rocznik niniejszy jest bardzo obfity w treść; wydawca starał się uwzględnić wszystko, co tylko dla lekarza tak w praktyce, jakoteż w różnorodnych zajęciach, z praktyką w związku będących, jest potrzebnem, a mimo téj obfitości objętość kalendarza nie przekracza miary pożądanéj. Możemy więc kalendarz ten polecić zwłaszcza kolegom w Galicyi praktykującym.

* W tygodniu 44 (od 2—8 listopada) było w Krakowie małżeństw 20, urodzin 35, skonów 44 (29·95), z tych: z zap. płuc 11, z gruźlicy 6, z dławca i błonicy 5, z duru brzusznego 2, z nieżytu żołądka i jelit 2, z odry 1.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Petersburg.** Prof. patologii ogólnéj Pasiutin mianowany został przełożonym Akademii lekarskiéj, a prosektor Dr. Reprëw objął wykłady patologii. — **Marburg.** Dr. Buengner habilitował się jako docent chirurgii. — **Tomsk.** Rektorem uniwersytetu mianowany został prof. fizyjologii Weliki.

* **Wiadomości osobowe.** Osiedli: Dr. Waleryjan Jastrzębski jako lekarz prakt. w Sieniawie (pow. jarosławski), Dr. Alfred Kolasiński jako lekarz miejski w Błażowy (pow. rzeszowski), Dr. Artur Baraniecki jako lekarz prakt. w Dynowie (pow. brzozowski).

Stopień doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Michał Rozłucki z Telacza w Galicyi i Franciszek Schumann z Krakowa.

(R) **Kraków** 21 listopada. Wczoraj wieczór powrócił prof. Rydygier i o 11-éj w nocy w klinice swéj wstrzyknął choréj dotkniętéj liszajem żrącym 0·01 płynu Kochowskiego. Reakcyja nastąpiła o godz. 4 zrana: gorączka, poprzedzona dreszczem trwającym przez godzinę i doszła o godz. 6-éj do 39·5. Wszystkie objawy, o których wspomina Koch, u choréj spostrzeżono. Dziś o godz. 10½ w obec nader licznie zebranych profesorów, lekarzy i uczniów, prof. Rydygier okazał płyn leczniczy oraz odpowiednio przygotowane rozczyny, dodając, że tylko interwencyi p. ministra Gautscha zawdzięcza, iż tak szybko płyn otrzymał w Berlinie. Następnie przedstawił chorą, któréj wczoraj wieczór lek zastrzyknął, a wreszcie wstrzyknął 4 chorym z gruźlicą miejscową oraz jednéj choréj dotkniętéj twardzielem nosa. Prof. Rydel, jako t. r. dziekan, podziękował prelegentowi za energiję.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 46: Giedrojcia: Wykaz statyst. lek. chorych w szpitalu św. Łazarza w Warszawie w r. 1889. (dok.) — W *Gazecie Lek.* Nr. 46: Sawickiego: O przeszczepianiu płatów

z szypułą z odległych okolic ciała; Jasińskiego: O przymiotowych cierpieniach kręgosłupa (dok.); Cybulskiego: O ucisku mózgowym (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Prof. KRATTER (w Insbruku): Ü. d. Verwerthbarkeit d. Gonokokkenbefundes f. d. gerichtl. Medicin (odbitka z *Berl. kl. Woch.* 1890) in 8-vo str. 12. — Tenże: Ü. d. Bedeutung d. Ptomaine f. d. gerichtl. Medicin. (odbitka z *Viertelj. f. d. ger. Med.* 1890, in 8-vo str. 8. — Tenże: Ü. d. Zeitfolge d. Fettwachsbildung (odbitka z *Friedreichs Bl. f. d. ger. Medicin* 1890) in 8-vo str. 9.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę t. j. 26-go b. m. o godz. 6 wieczorem w sali kliniki lekarskiéj nadzwyczajne posiedzenie, na którém mówić będą kol. Rydygier, Gluziński i Pieniążek o odkryciach Kccha.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. E. w K. — Proszę przysłać referat.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Roberta Kocha wiadomość dalsza o leku przeciw gruźlicy.

W odczycie, jaki miałem przed kilkoma miesiącami na między-narodowym zjeździe lekarskim, wspomniałem już o pewnym środku, który zastrzyknięty zwierzętom, czyni je odpornemi na szczepienie gruźlicą, a u zwierząt już chorych na gruźlicę wstrzymuje dalszy rozwój. Nad tym środkiem robiłem obecnie doświadczenia u ludzi i chciałbym wkrótkości kilka słów o tem podać.

Właściwie miałem zamiar pierwej doświadczenia swoje doprowadzić do końca i uzyskać wyczerpujące spostrzeżenia ze stosowania tego środka w prywatnej praktyce oraz jego użycia w większych rozmiarach, zanimbym w tej kwestyi co ogłosił. Lecz niestety pomimo wszelkich środków ostrożności za wiele wieści przesadzonych i przekręconych dostało się do wiadomości szerszej publiczności, i nie chcąc dopuścić do fałszywych wniosków, zmuszony jestem już teraz podać krótki orjentujący przegląd całéj téj kwestyi.

Sprawozdanie niniejsze w tych warunkach musi być krótkie, i kilku ważnych kwestyj nie mogą wcale poruszyć.

Doświadczenia te wykonane zostały pod moim kierunkiem przez Dr. A. Libbertza i Dr. E. Pfuhla i dalej się jeszcze prowadzą. Potrzebnego do doświadczeń materyjału dostarczyli Prof. Brieger, Dr. W. Levy, Prof. Fränkel, Dr. R. Köhler i Prof. Bergmann, częścią w klinikach, częścią zaś ze swoich prywatnych poliklinik lub zakładów, za co im na tem tu miejscu serdeczne podziękowanie składam. Bez tej wszechstronnej pomocy nie możnaby było tych trudnych i pełnych odpowiedzialności doświadczeń tak daleko w przeciągu kilku miesięcy doprowadzić. O pochodzeniu i przygotowaniu tego środka nie mogę jeszcze podać żadnych dat, zastrzegając to sobie na później, ponieważ praca moja nie jest jeszcze ukończona. Co się zaś tyczy działania tego środka na człowieka, to już na początku przekonaliśmy się, że człowiek zachowuje się zupełnie inaczéj aniżeli świnka morska, z którą robiono próby — a więc znowu mamy dowód, że nie należy z doświadczeń na zwierzętach wnosić o podobnem oddziaływaniu i u ludzi.

Człowiek okazał się o wiele czulszym na działanie tego środka niż świnka morska. Zdrowéj śwince można do 2ch sześc. centimetrów a nawet i więcéj wstrzyknąć płynu nierozcieńczonego bez jakiejkolwiek widocznéj dla niéj szkody. U zdrowego zaś dorosłego mężczyzny wystarcza już 0,25 c. c., żeby wywołać silne działanie. Przenosząc to na ciężar ciała, to $^1/_{1500}$ ilości, jaka u świnki nie wywołuje jeszcze widocznego działania, u człowieka sprowadza już wybitne działanie. Objawów, jakie występują po zastrzyknięciu człowiekowi 0,25 c. c., doświadczyłem sam na sobie, zastrzyknąwszy sobie taką ilość w ramię. Były one następujące: w 3—4 godzin po injekcyi ciągawki w członkach, znużenie, skłonność do kaszlu, ciężki oddech — i te objawy szybko się zwiększały, a po 5-ciu godzinach wystąpiły silne dreszcze, które prawie całą godzinę trwały, przytem nudności, wymioty i podniesienie się ciepłoty do 39,6. Po 12-tu godzinach wszystkie te objawy zmalały, ciepłota spadła i na drugi dzień już była prawidłowa, tylko ciężkość w członkach i znużenie trwało kilka dni jeszcze, a miejsce wstrzyknięcia było przez ten czas zaczerwienione i nieco bolesne.

Najniższa granica działania u człowieka jest przy 0,01 c. c. (równa się 1 sześc. centim. w setnem rozcieńczeniu), jak to wiele prób wykazało. Większa część ludzi oddziaływa na tę dawkę lekkiemi bólami w członkach i nieznacznem znużeniem. U niektórych tylko występowało podniesienie się ciepłoty do 38,0 lub nieco wyżéj.

Jeżeli co do dawki — obliczając to na wagę ciała — pomiędzy świnką morską a człowiekiem tak znaczna istnieje różnica, to z drugiéj strony co do innych właściwości jest pewna zgodność.

Najważniejszą z tych własności jest swoiste działanie środka na sprawę gruźliczą, jakiejkolwiek byłaby przyrody.

O zachowaniu się świnki pod wpływem tego środka nie będę się rozwodził, gdyż toby nas za daleko zaprowadziło, lecz odrazu zwracam się do szczególnie dziwnego zachowania się człowieka wobec tego środka. Jak już widzieliśmy zdrowy człowiek albo wcale nie, albo bardzo mało oddziaływa na wstrzyknięcie 0,01. Toż samo tyczy się i chorego człowieka — jak tego liczne doświadczenia dowiodły, naturalnie, jeżeli człowiek ten nie jest suchotnikiem. U osób zaś gruźliczych zachowanie jest zupełnie odmienne.

Jeżeli osobom gruźliczym wstrzykuie się 0,01 c. c. (dzieciom od 3—5 lat wstrzykiwaliśmy 0,001 lub nawet $^1/_2$ miligr. i otrzymywaliśmy silne ale nie niebezpieczne działanie), to powstaje nietylko ogólne oddziaływanie ale i miejscowe. Ogólne działanie występuje w postaci gorączki, która zaczyna się od dreszczy i dochodzi wyżéj 39°, a nieraz wyżéj 40 i 41°, przytem są bóle w kończynach, skłonność do ka-

szlu, znaczne znużenie, często nudności i wymioty, a w niektórych przypadkach obserwowano pojawienie się osutki na piersiach i szyi — podobnej do osutki odrowéj. Napad taki poczyna się zwykle w 4—5 godzin po zastrzyknięciu środka i trwa 12—15 godzin. Wyjątkowo tylko występuje on późniéj i przebiega wówczas z małem nasileniem. Chorzy przez taki napad mało są zmęczeni i czują się wcale dobrze po nim, a zwykle nawet lepiéj niż przedtem.

Miejscowe działanie najlepiéj obserwować na tych miejscach, które są odkryte, jak np. u chorych na wilka (lupus); u tych występują zmiany świadczące o swoistem przeciwgruźliczem działaniu tego środka. W kilka godzin po wstrzyknięciu w skórę grzbietu, a więc w oddalonem miejscu od zajętéj wilkiem twarzy, jeszcze przed pojawieniem się dreszczy zaczynają miejsca zajęte wilkiem obrzmiewać i zaczerwieniać się. Podczas gorączki obrzmienie i zaczerwienienie wzrasta i może dojść do znacznych rozmiarów, tak że tkanka wilkowa miejscami jest brunatno-czerwona i otacza ją rąbek nieraz na 1 ctm. szeroki białawy, który znowu okrążony bywa przez pasek mocno zaczerwieniony. Po spadku ciepłoty zmniejsza się obrzęk powoli, tak że zupełnie może zniknąć po 2 lub 3 dniach. Ogniska zaś wilkowe pokrywają się zaschłym strupem, który zamienia się w skorupę i po 2—3 tygodniach odpada pozostawiając po sobie (nieraz tylko po jednem wstrzyknięciu) gładką różową bliznę. Zwykle jednak potrzeba do zupełnego wyleczenia kilku podobnych wstrzyknięć.

Przy téj zmianie należy jako ważny szczegół zaznaczyć, że działanie tego środka ogranicza się jedynie do miejsc zajętych wilkiem; nawet maleńkie prawie niewidoczne ogniska wilka przechodzą tę zmianę, i wskutek obrzęku i barwy swojéj stają się teraz widocznemi, podczas gdy tkanka bliznowata, w któréj już się ten proces odbył, wcale się nie zmienia.

Obserwacyja chorego z wilkiem, któremu wstrzyknięto ten środek, jest tak pouczającą i działa tak przekonywająco co do swoistego wpływu podanego środka, że każdy ktoby chciał badać działanie tego środka, powinien zaczynać swoje próby od chorych na wilka. — Mniéj już zadziwiające — jednak przecież dla oka i czucia dostrzegalne są miejscowe zmiany w gruźlicy gruczołów limfatycznych, kości i stawów, przy których obrzmienie, zwiększona bolesność i zaczerwienie dają się spostrzegać zwłaszcza w częściach powierzchownie leżących. — Oddziaływanie zaś wewnętrznych narządów, zwłaszcza płuc, usuwa się z pod obserwacyi, jeżeli już zwiększonego kaszlu i wykrztuszenia u chorych suchotników nie będziemy uważali za miejscowe oddziaływanie. W tych przypadkach dominuje ogólne oddziaływanie, chociaż i tutaj musimy przypuścić, ze się odbywają podobne zmiany, jakieśmy przy wilku spostrzegali.

Powyżej podane objawy oddziaływania po dawce 0,01 zawsze bez wyjątku występują, jeżeli tylko w organizmie jest jakakolwiek zmiana gruźlicza i dlatego sądzę, że nie posunę się za daleko, jeżeli twierdzę, że w przyszłości środek ten będzie jednym z niezbędnych czynników rozpoznawczych. Będzie wówczas można w przypadkach wątpliwych rozpoczynającej się gruźlicy rozpoznawać takową nawet wtedy, kiedy dochodzenie prątków gruźliczych i włókien elastycznych lub badanie fizyczne nie będzie nam dawało wyraźnego obrazu o naturze cierpienia. Zmiany w gruczołach, ukryte cierpienia gruźlicze w kościach, wątpliwe sprawy gruźlicze na skórze będą w przyszłości z łatwością i stanowczo rozpoznawane. W przypadkach niby wyleczonych gruźlicy płuc lub kości będzie można przekonać się, czy nie istnieją przecież jeszcze jakie pojedyńcze ogniska, z którychby następnie jak z iskry znajdującej się w popiele mogła się rozwinąć na nowo choroba.

Ale daleko ważniejsze znaczenie niż kwestyja rozpoznawcza ma działanie lecznicze. Już przy opisie działania tego środka na miejsca wilkiem zajęte zwróciłem uwagę, że po zmniejszeniu się obrzmienia i zaczerwienienia tkanka wilkiem dotknięta nie zatrzymuje swego poprzedniego stanu, lecz mniéj lub więcéj zostaje zniszczona i znika. W pojedyńczych miejscach, jak to można widzieć, dzieje się to w ten sposób, że chora tkanka po jednèm wstrzyknięciu obumiera i jako martwa część odpada. W innych zaś miejscach powstaje rodzaj zaniku lub też pewne rozpłynięcie się tkanki, które jednak wymaga kilkakrotnego wstrzyknięcia.

W jaki sposób to się dzieje, na razie nie da się stanowczo powiedzieć, ponieważ brak jeszcze badań histologicznych. Tyle tylko jest pewnem, że nie chodzi tu o zniszczenie prątków znajdujących się w tkance, lecz że tkanka zawierająca prątki zostaje przez ten środek dotkniętą. W niej bowiem występują znaczne zaburzenia w krążeniu, a tèm samèm i ważne zmiany w odżywianiu, jak to widać po obrzmieniu i zaczerwieniu tkanki, która wcześniej lub później ulega obumarciu, stosownie do sposobu stosowania i użycia tego środka. Powtarzam więc jeszcze raz: środek ten niszczy nie prątki gruźlicze lecz tkankę zawierającą prątki, a przez to mamy wyraźnie zakreślone granice, dokąd sięgać może działanie tego środka. Jest on w stanie wpływać na tkankę gruźliczą; jednak na obumarłą tkankę, na masy serowate, na nekrotyczne kości nie działa wcale, jak również i na tę tkankę, która przez ten środek uległa obumarciu. W takich martwych ogniskach mogą jeszcze pozostawać żyjące prątki, które albo zostają wydalone wraz z martwą tkanką, albo też śród szczególnych okoliczności mogą dalej posunąć się w zdrową tkankę. Otóż należy tę własność środka mieć na uwadze, jeżeli chce się z jego leczniczego działania skorzystać i przedewszystkiem potrzeba żyjącą jeszcze gruźliczą tkankę zniszczyć, a potem dopiero użyć wszelkich możliwych środków, ażeby martwą tkankę jak najprędzéj wydalić, chociażby z pomocą chirurgiczną. Ponieważ jednak nie wszędzie to jest możliwèm i eliminacyja tkanki nieraz musi się odbywać siłami organizmu, to należy zagrożoną tkankę przez ciągłe stosowanie tego środka ochraniać od wtargnięcia nowych pasorzytów. Okoliczność, że środek ten tkankę gruźliczą niszczy i działa tylko na żyjące tkaniny, objaśnia nam jeszcze inną szczególną właściwość tego środka, mianowicie, że może on być podawany w szybko zwiększającéj się dawce. Możnaby wreszcie ten objaw tłomaczyć przyzwyczajeniem, jednak jeżeli się doświadcza, że powiększyć można dawkę 500 razy w ciągu 2—3 tygodni, to nie można już tego za proste przyzwyczajenie się uważać, ponieważ nie znamy analogicznego przykładu w zastosowania się i przyzwyczajeniu do tak silnie działającego środka.

Łatwiej to sobie objaśnić w ten sposób, że z początku mamy wiele tkanki żyjącej gruźliczej i mała ilość płynu wystarcza, aby sprowadzić silny odczyn; potem już przez następne wstrzykiwanie część tkanki zostaje zniszczona i po-

trzeba wówczas coraz to większych dawek, aby ten sam stopień reakcyi sprowadzić. W pewnych granicach wplywa zapewne i przyzwyczajenie, zwłaszcza jeżeli suchotnik leczony jest coraz to większemi dawkami, tak że w końcu tak mało oddziaływa jak i niesuchotnik; wówczas można przypuszczać, że cała tkanka gruźlicza została już zniszczona. Wtedy jednak jeszcze należy prowadzić dalszą kuracyję przy powolnie zwiększonych dawkach i w krótkich przerwach, ażeby chorego ochraniać przed nowém zakażeniem, dopóki prątki znajdują się jeszcze w organizmie.

Czy takie zapatrywanie i wysnuwające się ztąd wnioski są słuszne, to dopiero przyszłość pokaże. Obecnie były one dla mnie wystarczające, ażeby według tego zakreślić sobie plan działania i stosowania tego środka a sposób był następujący:

Znowu zaczynam od najzwyklejszych przypadków, to jest wilka i wstrzykiwaliśmy takim chorym od początku całą dawkę 0,01 c. c., — potem czekaliśmy, aż przeminie reakcyja i po 1—2 tygodniach znowu 0,01 c. c. wstrzykiwałem i tak daléj, dopóki reakcyja stawała się coraz słabszą, aż wreszcie ustąpiła. U dwóch chorych z wilkiem na twarzy po 3-ech lub 4-ech wstrzyknięciach wystąpiło gładkie zabliźnienie się miejsc dotkniętych wilkiem, u innych zaś chorych stosownie do czasu leczenia nastąpiło polepszenie. Wszyscy ci chorzy nosili się z tem cierpieniem długie lata i byli już leczeni w rozmaity sposób, lecz zawsze bez skutku. Podobnież były leczone obrzęki gruczołów, gruźlica kości i stawów, t. j. przez wstrzykiwanie dużych dawek z długiemi przerwami. Rezultat był takiż sam jak u chorych na wilka: prędkie wyleczenie w świeżych i lżejszych przypadkach, natomiast polepszenie powolne w przypadkach cięższych.

Cokolwiek odmienne są stosunki u głównego naszego kontyngensu chorych, t. j. u suchotników. Chorzy z wybitną gruźlicą płuc są o wiele wrażliwsi na ten środek niż chorzy z cierpieniami chirurgicznemi. Byliśmy zmuszeni dawkę 0,01 stanowczo dla suchotników za wysoką zmniejszyć i przekonaliśmy się, że suchotnicy przy dawce 0,002 a nawet 0,001 silnie jeszcze oddziaływają, ale następnie od téj dawki można rychło przejść do wyższych, znoszonych dobrze i przez innych chorych. Postępowaliśmy sobie w ten sposób, że naprzód suchotnikowi wstrzykiwaliśmy 0,001 c. c. i jeżeli potém wystąpiło podwyższenie się ciepłoty, to wstrzykiwaliśmy dopóty też samą dawkę, póki już nie było żadnego odczynu. Dopiero wtedy przechodziliśmy do 0,002 c. c. aż i ta dawka nie wywoływała już reakcyi i tak daléj o 0,001 postępując dochodziliśmy do 0.01 i wyżej. To łagodne postępowanie zdawało mi się być stosownem, zwłaszcza u tych suchotników, których zapas sił był skąpy. W ten sposób postępując łatwo się dochodzi do bardzo wysokich dawek, przyczem chory prawie nie gorączkuje i nie spostrzega przejścia tego do znacznych dawek.

Niektórzy suchotnicy, zwłaszcza silniejsi, byli leczeni albo odrazu większemi dawkami, albo téż szybciéj powiększanemi i zdawało się nam, że i wówczas skutek był prędszy. Działanie środka występowało u suchotników w ogólności tak, że kaszel i plwociny po pierwszém wstrzyknięciu wzmagały się, potém jednak powoli zmniejszyły się, a w przypadkach najlepszych zupełnie znikały; nawet plwociny traciły charakter ropny, stawały się więcej śluzowe (tylko takich chorych poddawano próbom, którzy mieli prątki gruźlicze) a ilość prątków dopiero wówczas się zmniejszała, gdy plwociny stały się śluzowemi. Ginęły one na pewien czas zupełnie, od czasu do czasu jednak znowu się pokazywały, aż w końcu plwocin wcale już nie było. Równocześnie ustawały nocne poty, wejrzenie się poprawiało i chorym na ciężarze przybywało. W okresie początkowym suchot znajdujący się chorzy wszyscy w ciągu 4—6 tygodni zostali uwolnieni od objawów chorobowych, tak, że można ich jako wyleczonych uważać. Nawet chorzy z niezbyt wielkiemi wrzedzienicami doznali znacznego polepszenia i prawie wyleczeni zostali. Tylko u suchotników, u których było wiele i dużych jam w płucach, chociaż ilość plwocin się zmniejszyła i stan podmiotowy się poprawił, nie można było stwierdzić przedmiotowo poprawy.

Po tych doświadczeniach mogę przypuszczać, że początkujące suchoty tym środkiem dadzą się na pewno wyleczyć. To zdanie potrzebuje jednak pewnego ograniczenia, ponieważ dotychczas nie posiadamy jeszcze dostatecznych doświadczeń i takowe nie mogą być jeszcze zakończone pod tym względem, czy wyleczenie jest istotne. Powroty choroby naturalnie nie są jeszcze wykluczone. Jednak możemy przypuszczać, że i te z łatwością i prędko dadzą się usunąć jak i pierwotna choroba. Z drugiej jednak strony możliwém jest według analogii z innemi chorobami zakaźnemi, że osoby, które raz takową przebyły już nazawsze przestaną jej podlegać (*immunes*). Lecz i na to na razie nie ma odpowiedzi, a to samo się tyczy i przypadków z niezbyt posuniętemi zmianami w płucach. Lecz suchotnicy ze znacznemi jamami, u których zwykle są powikłania, czy to przez dostanie się prątków ropnych do jam, czy téż znajdują się u nich znaczne zmiany w narządach wewnętrznych, mało i tylko wyjątkowo odniosą korzyści z zastosowania tego środka. Chwilowo jednak i u takich chorych nastawała poprawa w większości przypadków. Ztąd należy wnosić, że i u nich pierwotna zmiana chorobowa, t. j. gruźlica, doznawała takich samych zmian, jak i u innych, tylko że niema możności wydalenia obumartych części i usunięcia następowych zmian ropnych. Pomimo woli nasuwa się myśl, czy téż niektórych ciężko chorych przez kombinacyję tego nowego środka z zabiegiem chirurgicznym (podobnie jak wobec empyema) nie daloby się jeszcze leczyć. Wogóle przestrzegam stanowczo przed użyciem tego środka szablonowo i bez różnicy u wszystkich suchotników. Najprostsze będzie postępowanie w okresie początkowym suchot i w cierpieniach chirurgicznych, ale we wszystkich innych postaciach gruźlicy należy sztukę lekarską zastosowywać, poszczególne przypadki indywidualizować i dla podtrzymania działania tego nowego środka innych też środków używać. W wielu przypadkach odniosłem to wrażenie, że opieka, jakiej doznawali chorzy, ma także niemały wpływ na leczenie i dlatego uważam za stosowniejsze używanie tego środka w zakładach odpowiednich, w których łatwiej dają się przeprowadzić i potrzebna opieka i ścisła obserwacyja, niż w domu u chorych lub w godzinie ordynacyjnéj.

O ile dziś używane i jako pożyteczne uznane metody lecznicze, jakoto zastósowanie klimatu górskiego, odżywianie specyjalne i leczenie na wolnem powietrzu, można będzie jednocześnie z tym nowym środkiem skombinować, nie podobna jeszcze w téj chwili określić, jednak sądzę, że i te metody w wielu przypadkach, zwłaszcza w zaniedbanych i ciężkich lub też w okresie ozdrowienia, dadzą się z wielką korzyścią zastosować.

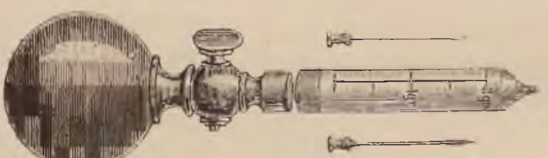
Co się tyczy gruźliczy mózgu, krtani i prosówki za mało mieliśmy jeszcze materyjału, ażeby módz już zebrać odpowiedne doświadczenie.

Punkt ciężkości tego nowego sposobu — jak to już powiedziałem, leży we wczesnem zastosowaniu środka. Początkowy okres suchot powinien być właściwym przedmiotem leczenia, ponieważ działanie wtedy występuje w zupełności i dlatego należy w przyszłości, więcéj niż się to dotychczas dzieje ze strony lekarzy, użyć wszystkich możliwych środków, żeby suchoty jak najwcześniéj rozpoznać. Dotąd wykazanie w plwocinach prątków było uważane jako szczegół uboczny wcale nieinteresujący, przez który wprawdzie rozpoznanie stawało się pewniejszem, ale choremu nie przynosiło to żadnéj korzyści i dlatego bardzo często go zaniedbywano, jak się o tem mogłem przekonać na wielu suchotnikach, którzy przeszli przez ręce wielu lekarzy, a jednak ani razu nie poszukiwano prątków gruźliczych.

W przyszłości musi być inaczéj; lekarz bowiem, który zaniecha rozpoznania suchot za pomocą wszystkich stojących mu do dyspozycyi środków, a mianowicie poszukiwania prątka, staje się winnym ciężkiego zaniedbania swego chorego, ponieważ od wczesnego rozpoznania i prędkiego zastosowania leczenia zależeć może życie chorego. W wątpliwych przypadkach powinien lekarz za pomocą wstrzyknięcia przekonać się o istnieniu lub nie gruźlicy. Dopiero wtedy ten nowy sposób stanie się prawdziwem dobrodziejstwem dla cierpiącéj ludzkości, jeżeli się dojdzie do tego, że o ile można wszystkie przypadki gruźlicy będą wcześnie poddane leczeniu i że nie przyjdzie wcale do wytworzenia się ciężkich i zaniedbanych postaci suchot, które dotąd stanowiły ciągle niewyczerpane źródło nowego zakażenia.

W końcu pozwolę sobie zauważyć, że naumyślnie unikałem podania dat statystycznych i opisów pojedyńczych przypadków, ponieważ ci lekarze, z których materyjału korzystaliśmy, sami podjęli się opisu przypadków, a przedstawiając rzecz całkiem przedmiotowo, nie chciałem w ich zakres wkraczać.

(Tłumaczył z dodatku osobnego do *Wiener medicin. Wochenschrift* z dnia 14 listopada 1890 r. Dr. J. Surzycki).



Równocześnie zamieszczamy rysunek strzykawki, jaką Koch posługuje się do swoich wstrzykiwań podskórnych. Składa ona się: 1) z cylindra szklanego dokładnie graduowanego z końcem stożkowym, mieszczącym 2 gramy, 2) z kurka z nowego srebra z balonikiem gumowym, 3) z dwóch kaniul. Po założeniu kaniuli otwiera się kurek, a przez nacisk wywarty na balonik treść strzykawki wychodzi. — Strzykawki téj dostarcza fabrykant E. Kraus w Berlinie, S. Kommandantenstr. 55.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Blumenstok.

Rok XXIX. Kraków, 29 Listopada 1890. Nr. 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Z oddziału położniczo-ginekologicznego prof. Dra Madurowicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Przyczynek do kwestyi rozstępowania się połączeń stawowych kości miednicowych podczas porodu.

Podał
Dr. Władysław Harajewicz,
sekundaryjusz tego oddziału.

Rzecz, którą podać zamierzam, nie jest ani nową, ani też nieznaną, szczególnie położnikowi lub lekarzowi, zajmującemu się chorobami kobiecemi, w każdym razie nie tak rozpowszechnioną, aby na uwagę nie zasługiwała.

Wielu już autorów zajmowało się szczegółowo tą zmianą i wchodziła ona nieraz i wchodzi dziś, chociaż rzadziéj, w szereg komplikacyj porodu i połogu, z którą zawsze liczyć się należy, a takowa o tyle ciekawy przedmiot stanowi, o ile nie zawsze pociąga za sobą takie następstwa, jakich po tak doniosłem zboczeniu należałoby się spodziewać. Podwójne bowiem z téj strony grozi niebezpieczeństwo, raz z saméj lokalnéj patolog. zmiany, powtóre z bezpośredniego sąsiedztwa narządów rodnych, zkąd łatwo zakażenie przejść może.

Rozluźnienie samo połączeń stawowych, jako takie, gdzie naruszenia ciągłości w tkankach stawowych brak i jakie w każdym porodzie uważamy, niebezpieczeństwa właściwego nie przedstawia, chociaż gwałtownemi i napozór groźnemi czasem objawiając się symptomami, zwykle wcześniéj lub późniéj ustępuje. Czy jednak zawsze całkowicie, tego twierdzić nie można. I do tego też pytania powstawanie w wielu razach pęknięć tych połączeń odnieść należy. Rozstęp zaś kości podczas porodu, lub następowo w połogu powstały, przedstawia się już jako bardzo poważna i groźna sprawa chorobowa. Przybiera ona wprawdzie mniéj niebezpieczny charakter, gdy stan części rodnych jest prawidłowy, gdy jednak równocześnie istnieje choćby tylko miejscowe zakażenie, a szczególniéj w bliskiem sąsiedztwie rozdarcia, natenczas bezwarunkowo widoki co do dalszego przebiegu niezmiernie się pogarszają.

Dührssen w pracy swojéj (*Archiv f. Gyn.* T. 35, I z.), omawiając to zboczenie, dzieli przypadki z literatury zebrane według tego, czy sprawa połogowa przebiegała prawidłowo, czy też dołączyło się zakażenie połogowe. Na téj bowiem podstawie łatwiej sąd słuszny wydać można, jakie rokowanie stanowi pęknięcie i zropienie stawów, kości miednicowe łączących, występujące bez komplikacyj ze strony narządów rodnych, a jakie takież zboczenie w połączeniu z zakażeniem połogowem. Zropienie stawu nie jest wprawdzie niezbędnem następstwem pęknięcia tegoż, gdy się wykluczy możebność wszelką dostawania się istot zakaźnych w miejsce rozstępu. Jest to jednak rzeczą bardzo trudną a prawie niemożebną, gdy się weźmie pod uwagę te choćby nawet nieliczne lub małe nadwerężenia błony śluzowéj pochwy, jakie poród każdy bezpośrednio za sobą pociąga.

Że zaś niezbitym faktem jest, iż w najprawidłowszych nawet stosunkach przewodu rodnego, czy to w ciąży, czy w połogu, znajdują się szczególniéj w pochwie liczne odmiany szkodliwych i nieszkodliwych dla zdrowia drobnych organizmów, jak tego na podstawie szczegółowych badań dowiedli Winter, v. Olt, Czerniewski, Döderlein, Brunn, Thomeri i inni, nie może nikogo zdziwić proste następstwo tych stosunków, a mianowicie naprzód zakażenie miejscowe, które to wśród okoliczności sprzyjających, t. j. żywotności i zdolności zakażającéj organizmów drobnych i gruntu, na którym się rozwijają, posuwa się w głąb tkanin i coraz szersze pole zajmuje.

Naturalnem zaś następstwem pęknięcia lub rozdarcia stawu jest mniejsze lub większe wynaczynienie. I albo wynaczynienie to przez równoczesne pęknięcie części miękkich wydobywa się na zewnątrz, ułatwia wprawdzie odpływ zawartości przestworu, w którym nagromadziła się krew, z drugiéj jednak strony stanowi otwartą bramę, dającą łatwy bardzo przystęp czynnikom zakaźnym. Zamknięcie zaś, t. j. brak

połączenia bezpośredniego z kanałem rodnym, nie wyklucza również możności zakażenia, z powodu istniejących zdarć przybłonka i małych pęknięć, przejściem płodu wywołanych. Tem zaś gorszą może być ta okoliczność, że krew jako taka wynaczyniona w tkankach, jako ciało obce, a raczéj obumarłe, w organizmie stanowi najlepsze pole i pożywkę dla rozwoju bakteryj, a tem samem szerzenia się sprawy zakaźnéj.

I nie potrzeba nawet zupełnie procesu połogowego septycznego, aby w obec podobnéj komplikacyi wywołać ogólne zakażenie, wystarczy li tylko mała komunikacyja nawet pośrednia między chorobowem ogniskiem. wewnątrz się znajdującem a choćby lekko tylko nadwerężoną błoną śluzową pochwy.

Niezawodnie w każdym podobnym przypadku jedyną drogą możliwego wyjścia jest operacyja, mająca na celu usunięcie zakażonego ogniska, t. j. otwarcie i wyczyszczenie ropnia, który się utworzył dookoła zniszczonego stawu.

Dwa wybitne tego rodzaju przypadki, ze względu na przebieg i zakończenie się sprawy, obserwowałem na oddziale w r. 1889 i dlatego je tutaj szczegółowo przytaczam.

I. J. M., lat 30 licząca, służąca, przybyła jako rodząca na oddział położniczy szpitala św. Łazarza w nocy z 30 na 31 grudnia 1888 r. Z wywiadów okazuje się, że nie przebywała żadnych chorób, któreby jéj w pamięci pozostały, tylko pierwszy poród przed 1½ rokiem trwał 2 dni i dwie noce, płód przyszedł na świat nieżywy, a matka kilka tygodnie miała być w połogu chora.

Badanie organów klatki piersiowéj nie wykazuje żadnych zmian wybitnych. Ciepłota ciała nieznacznie podniesiona 37·8, tętno 96. Brzuch znacznie wysklepiony w wymiarze podłużnym przez macicę powiększoną, w któréj zewnętrznie wybadać można płód, wielkością odpowiadający donoszonemu, w położeniu czaszkowem, ruchomem, pęcherz stojący. Wymiary miednicy: kolcowy 24, grzebieniowy 26, conj. 18½, zatem nieznaczne ścieśnienie w wymiarze prostym. Badanie wewnętrzne wykazuje ujście zewnętrzne dla 2 palców drożne, brzegi tegoż zupełnie cienkie, część pochwowa jeszcze niezupełnie zanikła. Poza ujściem w szyi rozszerzonéj pęcherz nie napięty, główka ciemieniem do wchodu przyparta, szew strzałkowy ku tyłowi zwrócony. Główka dosyć twarda. Wynikało tedy z badania, że rodząca, która od rana czuje bóle, znajduje się w I okresie porodu. Polecono rodzącéj spokojne leżenie na wznak lub na boku prawym i wstrzymywanie się od parcia. Bóle powtarzały się regularnie nie zbyt silne. Po południu o godz. 5, gdy nie było chwilowo nikogo u rodzącéj, taż wstała z łóżka i po chwili wody odeszły. Badanie przedsięwzięte wykazało rozszerzenie prawie całkowite szyjki macicznéj z ujściem dla 3 palców drożnem. Główka nieco niżéj zstąpiła, zupełnie nieruchoma.

Wieczorem i w nocy stan ten sam. Ponieważ na drugi dzień pokazało się, iż bóle dosyć silne obniżają powoli główkę, pozostawiono wtedy poród przebiegowi naturalnemu, tem bardziéj, że tętno płodu dobre a przedgłowia nie było. Pod wieczór jednak bóle zaczęły słabnąć, rodząca czuje się wyczerpaną. Podawano tedy środki wzmacniające i kąpiele nasiadowe, gdy jednak te nie skutkowały, bóle były coraz słabsze i rzadsze, przedgłowie rosło, a tętno płodu stało się szybkiem i mniéj wyraźnem, przeto o godz. 1 w nocy 1 go stycznia 1890 r. przystąpiłem do założenia kleszczy, przy wysokiem ustawieniu główki. Użyłem do tego rękoczynu kleszczy prof. Madurowicza. Po dokładnem oczyszczeniu części rodnych, po zachloroformowaniu rodzącéj, założenie kleszczy nie przedstawiało żadnych trudności; założyłem je zaś w wymiarze skośnym prawym, poczem mogłem je zamknąć prawie całkowicie. Pociągnięcie próbne okazało silne przyleganie instrumentu do główki, poczem rozpocząłem rzeczywiste trakcyje. Główka nadzwyczaj mało postępująca, gdy wśród czwartéj trakcyi chociaż nie zbyt silnéj, usłyszałem i poczułem „krach“, poczem główka z łatwością zstąpiła i wnet na zewnątrz wydobytą została Na kości skroniowéj i ciemieniowéj płodu załamanie czaszki na przestrzeni gul dena, wywołane końcem łyżki prawéj. Równocześnie z wydobyciem główki wystąpiło podbiegnięcie krwawe wargi sromowéj większéj prawéj. To wymagało szybkiego ukończenia porodu, czego dokonałem z łatwością, gdyż i łożysko zaraz po urodzeniu się płodu, wśród zabiegu Credégo, odeszło całe. Krwawienie prawidłowe. Położnicę zaniesiono zaraz do łóżka i według zalecenia położono worek lodowy na okolicę spojenia łonowego i podbiegnięcia krwawego —

Płód urodzony jeszcze żywy ważył 4500 gr. a długość jego wynosiła 58 cm. Umarł w ½ godziny.

Podczas wydobywania płodu pokazały się wody płodowe smołką zawalane, których po porodzie dużo jeszcze odpłynęło, ale nieco cuchnących. To też pochwę i macicę przestrzykano dokładnie 3 litrami 2% kreoliny. Macica ściągnęła się dobrze. 2/1 rano 37·8, tęt. 84, w. 39, tęt. 100. Brzuch więcéj po stronie prawéj rozdęty, tamże bardzo bolesny. Macica całkiem na lewo przesunięta, sięga górnem odgraniczeniem na palec wyżéj pępka. Odchody nie cuchnące. Polecono okład lodowy z octanem glinowym i przestrzykiwanie pochwy kreoliną 2 razy dziennie. — 3/1 r. 39·6—90, w. 39·8—108. Stosunki te same prawie, tylko że macica nieco mniejsza, a warga prawa zesiniała zupełnie. Odchody mniéj czuć, chora nie skarży się na znaczniejsze dolegliwości. — 4/1 r. 40—116, w. 39·4—118. Bolesność w prawem parametr. nieco mniejsza, wzdęcie brzucha utrzymuje się. Odchody nie cuchą, czyściejsze. Chora skarży się na kłucie w boku prawym. Chociaż pozytywnie nie można było nic wybadać, jednak polecono postawienie 15 suchych baniek na bok prawy, gdzie chora lokalizowała kłucie. — 5/1 r. 40·2—120, w. 3 ·6—120, miękkie, słabe. Brzuch wzdęty miernie, nad prawą pachwiną bardzo bolesny. Tamże wybadać się daje opór na 3 palce nad więzem Pouparta. Części rodne zewnętrzne, szczególniéj warga prawa, sklęsły. Kaszel natomiast się pojawił ze rdzawemi plwocinami. Z tyłu od dołu po stronie prawéj, aż do linii pachowéj, lekkie przytłumienie odgłosu wypukowego obok licznych furczeń, drobnych rzężeń i tarcia opłucnowego. Polecono 25 baniek suchych i kofeinę 0·50:200. 6/1 39·6—128, w. 40·5—130. Odchody zupełnie czyste, nie cuchnące. Brzuch mniéj rozdęty i napięty. Zapalenie w płacie dolnym płuca prawego od tyłu w pełni rozwoju; kofeina daléj. Części rodne, szczególniéj warga prawa, znowu obrzmiały więcéj. 7/1 r. 39—100, w. 40·5—112. Chora czuje się lepiéj. Kłucie w boku prawym ustało. Rzężenia na całéj przestrzeni zajętego płuca wszędzie wyraźne, drobne. Szmery oddechowe ostre, ale nie oskrzelowe. Brzuch mniéj wzdęty i mniéj bolesny. Warga zaś prawa znacznie obrzmiała i bolesna, w głębi niewyraźna fluktuacyja. Że zaś osłabienie choréj widoczne, a kaszel częsty, nasilony, podano *Inf. radd. Ipec.* z *liquor. ammon. anis.* i wino. Okład lodowy usunięto, natomiast dano wysychający z octanu glinowego. — 8/1 r. 39·1—108, w. 40—120. Rezolucyja zupełna, rzężeń mniéj, kaszel łatwiejszy i mniejszy. Warga prawa znowu nieco sklęsła. Odchody czyste, nie cuchnące, skąpe. Macica na lewo przemieszczona, na 2 palce niżéj pępka. W nocy zaczęła się biegunka. Mocz chora oddaje bezwiednie. Podano *Inf. Ipec.* i *Salep.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O istocie „ucisku mózgu“ i o zasadach leczenia t. zw. „objawów uciskowych“.

Wykład miany w streszczeniu na międzynarodowym Zjeździe lekarzy w Berlinie 1890 r.

Podał

Prof. Dr. Adamkiewicz.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47).

A ponieważ każda ciecz znajdująca się w czaszce musi zaraz dostać się do zatok żylnych, jeśli tylko parcie jéj przekracza 5 do 15 mm. rtęci, ponieważ daléj zaraz po pod-

niesieniu się parcia w żyle szyjnéj występują już objawy i zmienia się parcie tętnicze, ponieważ wreszcie te objawy i ta zmiana parcia tętniczego, jak to widzieliśmy, wtenczas powstają, gdy ciecz wtłaczana do czaszki doszła do parcia wynoszącego przynajmniéj 60, zwykle zaś przeszło 100 mm. rtęci; — to z tego wszystkiego jasno wynika, że parcie, pod którem stoi ciecz wtłaczana do czaszki, nie oznacza parcia, do jakiego ciecz infuzyjna w czaszce dochodzi, ale raczéj tylko siłę, która jest potrzebną, aby tę ciecz wpędzić do żył czaszki t. j., aby przezwyciężyć opory znajdujące się między czaszką a żyłami śródczaszkowemi.

Ale jeszcze inny fakt wynika ze zachowania się parcia żylnego. Takowe jak widzieliśmy podnosi się nagle z chwilą, w któréj występują objawy infuzyjne i podniesienie się parcia w tętnicy, a po nich, jak wiadomo, regularnie następuje śmierć zwierzęcia. To znaczy, że taka infuzyja cieczy, która dosięga parcia żylnego śródczaszkowego lub takowe przewyższa, wywołuje śmierć zwierzęcia.

Jest to zatem dowodem, że parcie w czaszce, które dosięga wysokości parcia w żyłach, już zagraża życiu Jeśli więc sobie przypomnimy, że parcie w naczyniach włosowatych jest znacznie wyższem aniżeli w żyłach, to łatwo poznamy, jak błędną jest nauka dawna o „ucisku mózgowym“, która mówi o działaniach parcia śródczaszkowego, które ma przewyższyć parcie w naczyniach włosowatych.

D) Wnioski końcowe.

Jeśli teraz w krótkości zbierzemy sobie wyniki, do jakich doprowadziło nas badanie infuzyj cieczy do czaszki, to są one następujące:

1) Objawy infuzyjne identyczne z objawami uciskowemi mózgu i tłómaczone jako skutki uciśnięcia mózgu, z uciskiem nie mają nic do czynienia.

2) Infuzyje do czaszki nie przeszkadzają w niczem dopływowi krwi tętniczéj do mózgu, a zmiany w parciu tętniczem nie są następstwem mechanicznych zaburzeń w krążeniu mózgu.

3) Każda infuzyja, która w czaszce przewyższa parcie żylne, działa w ten sposób, żę ciecz infuzyjna dostaje się do żył i wywołuje śmierć.

Jeśli za najlepszy dowód przyrodniczych spostrzeżeń uważane być muszą naturalne fakta, wtedy uznać musimy, że pozornie tak różnorodne wyniki, do których nas doprowadziły nasze badania infuzyjne, tę cechę prawdy w zupełności posiadają.

Jeśli bowiem jest prawdą, że parcie płynu wpędzonego do czaszki nigdy nie może przewyższyć parcia w żyłach śródczaszkowych bez wywołania śmierci zwierzęcia, jak to wyżéj widzieliśmy, to samo przez się się rozumie, że płyn nie może uszkodzić krążenia w naczyniach włosowatych tętniczych, które przecież wyższe mają parcie aniżeli żyły — o czem nas już pouczyło badanie parcia tętniczego. A jeśli płyn śródczaszkowy nie może mieć wpływu na naczynia włosowate, to znowu nie może być mowy o niedokrewności mózgu, jako o skutku nagromadzenia się płynu w jamie śródczaszkowéj.

W ten sposób na drodze badań infuzyjnych na nowo dochodzimy do wyniku, do którego już doprowadziły nas badania częściowego zmniejszenia jamy czaszki za pomocą blaszkownicy, że nie może istnieć parcie śródczaszkowe, któreby przewyższyło parcie w naczyniach włosowatych, że zatem nie może istnieć t. z. „ucisk mózgowy“, że największe możebne parcie śródczaszkowe nie wystarcza do wywołania niedokrewności mózgu, że zatem objawy mózgowe powstające skutkiem nagromadzenia się płynów w jamie czaszki — nie mogą być w żaden sposób następstwem zaburzeń w krążeniu w czaszce.

E) Kontrola.

Na tem moglibyśmy skończyć i uważać dawną naukę o ucisku mózgowym jako zbitą, która to nauka twierdzi, że możebnem jest istnienie płynów patologicznych o wysokiem parciu w czaszce z następowem właściwem działaniem takowego na mózg. Ale wnioski, do których doszliśmy za pomocą infuzyj czaszkowych, możemy jeszcze poprzeć innemi próbami.

1. Dostanie się płynu infuzyjnego do żył i stosunek jamy czaszkowéj do żył ustroju.

Najważniejszym wynikiem badań infuzyjnych, z którego wszystkie inne z łatwością się tłómaczą, był fakt, że płyn wtłaczany do czaszki może tylko dosięgnąć parcia żył i jeśli takowe przewyższa, sprowadza śmierć.

Ten rezultat jest jasnym i łatwo zrozumiałym. Ponieważ bowiem ze wszystkich naczyń krwionośnych w czaszce żyły posiadają najmniejsze parcie, to przedewszystkiem według praw fizycznych obce *medium* płynne, którego parcie rośnie naturalnie w chwili, w któréj dosięga parcia żylnego, musi dostać się do żył. I tak tłómaczy się, jak to wykazały nasze badania, ten fakt, że przy infuzyjach śródczaszkowych pierwszym objawem, który powstaje, jest podniesienie się parcia w żyłach szyjnych. Mamy jednak pewien sposób, który nam dozwala naocznie przekonać się o tym fakcie, że obce *medium* wtłaczane do czaszki wprost dostaje się do żył. Sposób ten polega na tem, że zamiast płynu wtłacza się do czaszki powietrze. W ten bowiem sposób zamiast cieczy, która dostawszy się do żył z krwią się mięsza i nie jest widoczną, dostać się musi powietrze do takowych, które z krwią się nie mięsza, lecz prześwieca przez cienkie ściany żylne. W ten sposób przekonać się i widzieć można, że z chwilą, w któréj się podnosi parcie żylne okazują się pęcherzyki powietrzne w żyle szyjnéj.

W tym razie właśnie powietrze podnosi parcie żylne z początku powoli a potem bardzo szybko i silnie i dopiero teraz wywołuje skutkiem silnego drażnienia t. z. „objawy uciskowe“ i śmierć.

Jeśli się teraz robi sekcyję, to można się przekonać, że serce jest jak bęben rozdęte, że cały układ żylny a przedewszystkiem wątroba jest przepełniona krwią żylną i powietrzem, że tkanka łączna szczególnie podotrzewnowa jest powietrzem wydęta, a za to układ tętniczy, płuca i serce lewe prawie zupełnie pozbawione krwi.

Wynik ten sekcyjny okazuje nam najpewniejszą drogę, w jakiéj każde nagromadzenie się płynów w czaszce ma dążność wędrować; a mianowicie z żył śródczaszkowych do żył szyjnych, ztąd do prawego serca, a przez takowe w kierunku żył głównych do reszty ciała.

Od stopnia tego zalewu żył zależą działania, które zawsze wywołują płyny patologiczne do jamy czaszki się dostające. [1])

2. Naczynia włosowate mózgu a infuzyje śródczaszkowe.

W każdym razie działania te nie odnoszą się do ucisku naczyń włosowatych i niedokrewności mózgu, jak to twierdzi nauka dawna, chcąc tłómaczyć objawy uciskowe mózgu. Jeśli bowiem już ze stosunku, w jakim stoją infuzyje do krążenia żylnego w czaszce dostatecznie wynika, że takowe nie mogą w żaden sposób ucisnąć naczyń włosowatych, a zatem nie mogą wywołać niedokrewności mózgu, to jeszcze wprost można udowodnić, że naczynia włosowate podczas wtłaczania płynu do czaszki pozostają drożnemi. Jeśli się bowiem nastrzyknie mózg zwierzęcia ze strony tętnicy szyjnej zabarwionym klejem w chwili, w której parcie płynu do czaszki wtłaczanego dosięgło swego najwyższego stopnia, to przy badaniu drobnowidowem takiego mózgu znajdujemy, że naczynia jego włosowate są zupełnie drożne.

Fakt ten tłómaczy równocześnie jeszcze inny stały objaw, że nawet przy najsilniejszych infuzyjach czaszkowych, po śmierci zwierzęcia mózg nigdy nie jest przypłaszczonym i nigdy nie jest ugniecionym.

Dziś już nikt w tych objawach jasnych, a dotąd niepoznanych, nie będzie już widział dowodu, że tkanka mózgowa jest nieściśliwą, lecz poprostu sobie powie, że infuzyje do czaszki, które nigdy nie mogą przewyższyć małego parcia żylnego bez wywołania śmierci zwierzęcia, rozumie się także nigdy nie mogą wywołać działań uciskowych na istotę mózgu.

(Dokończenie nastąpi).

III. Dalsze przyczynki do chirurgii jelit.

O pięciu resekcyjach jelit.

Podał

Dr. Roman Barącz we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

Najpierw poprowadzono od odbytu cięcie na zewnątrz i ku górze aż blisko do *spina ant. sup.* 8 ctm. długie, przecinając warstwowo mięśnie aż do *fascia transversa* i podwiązując nieliczne krwawiące naczynia. Drugie cięcie warstwowe poprowadzono ku wewnątrz i ku dołowi ku *spina ossis pubis* około 4 centim. długie. Wyskrobawszy łyżeczką Volkmanna granulacyje otaczające błonę śluzową jelita, poprowadzono trzecie cięcie pionowe, do poprzednich, począwszy od odbytu ku górze w kierunku ku pępkowi. Cięciem tem otwarto otrzewnę i przecięto wiąz Pouparta, ochraniając ukazujący się w ranie sznurek nasieniowy i towarzyszący mu splot żylny. Brzegi tkanki granulacyjnej wycięto dokładnie; sieć ukazująca się w ranie okazała się przyrośniętą częściowo do jelit, częściowo do ścian brzusznych w dolnej części i dlatego podwiązano ją częściowo *en masse* podwiązkami jedwabnemi i przecięto pomiędzy temi. W ten sposób odsłonięto jelito i utorowano drogę do odszukania obu końców odbytu. Jelita stanowiły tu bryłę trudno rozdzielić się dającą z powodu silnych, miejscami ścięgnistych, miejscami zlepnych zrostów. Przy tem oddzielaniu znaleziono na zewnątrz od wypadniętej błony śluzowej otwór prowadzący do ramienia dowodzącego; w takowy dał się wprowadzić palec wskazujący z łatwością. Na oba ramiona jelita jeszcze nie zupełnie oddzielone założono prowizorycznie duże kleszcze Péana, obciągnięte drenami. Przy dalszem oddzielaniu napotkano ropień otorbiony pomiędzy 2 ma pętlami jelita cienkiego. Treść jego i serowatą ropę usunięto łyżeczką Volkmanna. Przy zabiegach oddzielania zrostów naddarła się błona surowicza na ramieniu dowodzącem tuż przy kresce na długości około 4 ctm. Naddarcie to zespojono szwem Lemberta. Śród przerywania reszty zrostów ramienia dowodzącego (przy pomocy palca i elewatora, gdzie zrosty były chrząstkowate) naddarło się w 2 miejscach w odległości około 5 i 10 ctm. od odbytu. Miejsca te naddarcia oczyszczono dokładnie wacikami sublimatowemi i uciśnięto palcami. Dopiero po uwolnieniu tych mnogich zrostów można było mieć przegląd całej kreski i przystąpić do typowej resekcyi. Do uciśnięcia jelita użyto uciskadeł Rydygiera. Z ramienia dowodzącego odjęto z powodu 2 naddarć 23 ctm., z ramienia dowodzącego zaś 12 ctm. jelita. Z kiszki wycięto przytem klin o kącie rozwartym, a ranę odwodzące jelita ucięto ukośnie, odejmując więcej na wolnym brzegu (posługując się radą Madelunga). Po dokładnem zbliżeniu odcinków założono pierwszorzędne szwy Czernego, szyjąc najpierw od wewnątrz według rady Wölflera, a następnie od zewnątrz. Szwów takich węzełkowych założono około 22. Następnie założono również tyle szwów drugorzędnych sposobem Lemberta, zmodyfikowanym przez Rydygiera. Ranę irygowano dwukrotnie podczas operacyi letnim rozczynem sublimatu 1:5000; do oczyszczania jamy brzusznej użyto wygotowanych kompresów zanurzonych również w sublimacie 1:5000 i wyduszonych; otrzewnę ścienną zespojono szwami węzełkowemi; mięśnie starano się szyć osobno, ponieważ jednak takowe nie dały się zbliżyć, szwy te usunięto i założono szwy materacowe i szew kuśnierski. W górną zewnętrzną część rany i w ramię pionowe założono po jednym drenie: do jamy otrzewnej w miejscu odpowiadającem odbytowi założono długi dren. Opatrunek uciskowy jodoformowy. Operacyja trwała $2^1/_2$ godziny. Tętno podczas operacyi było bardzo słabem. Bezpośrednio po operacyi wynosiło 100, zaledwie macalne. Mocno osłabionemu choremu podano gorący grog, ułożono go w łóżku w położeniu poziomem. O godzinie 6 popołudniu tętno 100 bardzo słabe; ból przy lekkiem omacywaniu prawej połowy dolnej brzucha. Opatrunek przesiąknięty; nałożono gruby pokład waty Brunsa. Ścisła dyjeta; ciepłota wieczór 36·5°.

Przebieg dalszy pooperacyjny. Chory nie gorączkował po operacyi wcale, zapad utrzymywał się ciągle. Dnia 29/7 zmieniono opatrunek przesiąknięty. Dnia 30/7 wystąpiły kilkakrotnie wymioty ciemno-zielono zabarwione, a d. 31/7 o gohzinie 8 wieczór chory zmarł wśród objawów zapalenia ostrego otrzewnej.

Sekcyja wykonana 1/8 wykazała: Po otwarciu jamy brzucha w linii białej jelita w dolnej części brzucha powleczone pokładem włóknikowo-ropnym, osobliwie w miejscu, w którem leżał sączek. Po oddzieleniu świeżych zlepów napotkano w miednicy małej dawne zrosty, a pomiędzy niemi otorbiony ropień wielkości orzecha laskowego wypełniony ropą serowatą. Miejsce szwu kiszkowego znajdowało się na 10 ctm. od zastawki Bauhina; takowe przedstawiało zupełny zlep odcinków szytych kiszki; brak jakiegolwiek zczernienia kiszki lub kreski w miejscu szwu. Po podwiązaniu obustronnem jelita powyżej i poniżej miejsca szwu i wypełnieniu takowego wodą i po uciskaniu słupa wody ani kropla tejże nie przechodzi w miejscach szwów; jelito jest zatem w miejscu tem dokładnie zlepione. Jako przyczynę zejścia śmiertelnego w przypadku tym należy uważać ostre ropne zapalenie otrzewnej.

---

[1]) Prof. E. v. Hofmann w Wiedniu, omawiając ze mną ten wynik moich doświadczeń, zwrócił na to uwagę, że u trupów ludzkich mianowicie wyciągniętych z wody, często się przy sekcyi natrafia w sercu prawem istota mózgowa! Niewątpliwie zostaje ona przez gazy gnilne, nagromadzające się w czaszce, wtłaczana temi samemi drogami u człowieka do serca, jak w moich doświadczeniach u zwierząt. Dowodzi ten fakt w każdym razie, że wyniki moich doświadczeń można bezpośrednio zastosować i do człowieka.

(Dodatek ten umieszczony został na wyraźne żądanie autora. *Redakcyja*).

Przypadek IV. *Sacroma coeci in regione valvulae Bauhini; invaginatio ileocoecalis; laparotomia, resectio intestini ilei et coeci* (55 ctm.).

Dmytro S. ze Szczerca, 8 lat liczący, syn wieśniaka. Według podania rodziców przed $1^1/_2$ rokiem przebył odrę, poczem przez 3 miesiące cierpiał na wypadanie odbytnicy na długości palca. Jelito po wypadnięciu mocno krwawiło. Obecna choroba miała się rozpocząć przed 13 tygodniami nagłym bólem brzucha bez żadnéj przyczyny powstałym. Od tego czasu bóle ciągle się powtarzają występując w napadach. Chory podczas takich napadów bólu doznaje znacznéj ulgi, jeżeli się zegnie w pół, kolana zbliży do brzucha, a głowę przechyla naprzód (położenie kolankowo łokciowe), albo też jeżeli się położy na wznak z głową zwieszoną na dół. W jednem z tych położeń, osobliwie pierwszem, chory przebywa największą część czasu, co też sprawdzono podczas obserwacyi. Ze strony narządu trawienia nie zauważono zboczeń. W ostatnich czasach wśród obecnéj choroby miały się w stolcu pojawiać żyłki krwi. Mocz miał być zawsze czystym.

B a d a n i e wykazuje: Chłopiec dość dobrze zbudowany o cerze ziemisto-żółtéj, tak znacznie wychudły, że szkielet cały rysuje się przez powłoki skórne. Powłoki brzucha cienkie, gruczoły chłonne w tychże lekko powiększone, również w obu pachwinach, jednak miernie twarde. Po stronie lewéj brzucha można wymacać przez powłoki w głębi guz kształtu jajowatego o osi długiéj, przebiegającéj pionowo, miernie bolesny, nigdzie nie chełboczący, we wszystkich kierunkach ruchomy, poruszający się również przy ruchach oddechowych. Okolica lędźwiowa boczna i tylna lewa przy położeniu chorego na brzuch nieznacznie wypuklone w porównaniu ze stroną przeciwną. Guz opisany zajmuje okolicę podżebrową i boczną brzucha lewą i sięga ku dołowi na 2 palce powyżéj grzebienia kości biodrowéj, ku wewnątrz do połowy linii łączącéj pępek z kolcem biodrowym przednim górnym lewym. Przy skombinowanem badaniu przez powłoki brzuszne można guz ująć pomiędzy palcami. Wątroba nieco powiększona i obniżona, w linii pachowéj sięga od dolnego brzegu 6-go żebra do łuku żebrowego, w linii sutkowéj od dolnego biegu 5-go żebra na 2 palce poniżéj łuku żebrowego, w linii mostkowéj zaś do pępka. Stłumienie to przechodzi na lewą połowę brzucha i schodzi się ze stłumieniem pochodzącem od wyżéj opisanego guza. Brzeg wątroby macalny w linii przebiegającéj poprzecznie na 2 ctm. powyżéj pępka. Śledziona prawidłowa nie macalna. Ze strony płuc i serca nie znalazłem nieprawidłowości. Przy dalszej obserwacyi przekonano się, że guz opisany zmieniał swe położenie i raz był macalnym w okolicy lędźwiowéj lewéj, to znowu wcale wymacać, ani zepchnąć do okolicy lędźwiowéj się nie dawał, natomiast układał się na poprzek brzucha i dawał się wymacać pod dolnym brzegiem wątroby. Badanie moczu wykazywało: ilość dzienna od 350—500° ctm³, ciężar gatunkowy stosunkowo wysoki od 1·023—1·030; barwa winowo-żółta, ilość mocznika słabo zwiększona, chlorki prawidłowe, fosforany zwiększone, obfita ilość śluzu, nieliczne ciałka krwi i wałeczki krwawe, przybłonek płaski.

R o z p o z n a n i e wahało się między n o w o t w o r e m z ł o ś l i w y m n e r k i l e w é j w ę d r u j ą c é j a n o w o t w o r e m o k r ę ż n i c y z s t ę p u j ą c é j. Za nowotworem nerki wędrującéj przemawiało: Zmienne położenie guza, zazwyczaj jednak w okolicy lędźwiowéj, kształt takowego, brak ważniejszych objawów ze strony narządu trawienia, możność wykazania odgłosu bębenkowego okrężnicy zstępującéj nad guzem, gdy tenże zajmował swoje zwyczajne położenie po stronie lewéj brzucha, możność wykazania guza w okolicy nerki lewéj przy skombinowanem badaniu przez równoczesne omacanie powłok brzucha od przodu i tyłu. Dlatego też skłaniano się więcéj do rozpoznania nowotworu nerki lewéj. Przeciw nowotworowi nerki przemawiał brak krwi w moczu i brak morfologicznych składników guza. Za nowotworem okrężnicy zstępującéj przemawiał podawany ślad krwi w kale, przeciw takowemu: ruchomość znaczna guza, brak zaparcia stolca i drożność zupełna jelita. Wobec takiego rozpoznania postanowiono przystąpić do zabiegu doszczętnego usunięcia guza po poprawieniu odżywienia przez podawanie odpowiednich pokarmów. W obec rozpoznania skłaniającego się do nowotworu nerki cięcie lędźwiowe ukośne jak do nefrektomii zaotrzewnéj wydało nam się odpowiedniejszem i mniéj narażającem chorego aniżeli cięcie w linii białéj, a to tem bardziéj, że w razie potrzeby można i przy zastosowaniu tego postępowania otworzyć jamę otrzewnową i zamienić metodę ewentualnie na transperitonealną. Większość chirurgów poleca wprawdzie w obec nerki ruchoméj nefrektomiję transperitonealną, jako najlepiéj ułatwiającą nam dostęp do narządu, gdy jednak jak doświadczenie angielskich chirurgów poucza (C l e m e n t L u k a s) i metodą zaotrzewnową da się to samo osiągnąć, wybrano ostatnią metodę.

Dnia 18-go września po odpowiedniem przygotowaniu chorego przystąpiono do operacyi w narkozie chloroformowéj przy łaskawéj pomocy Doc. Dra P i o t r o w s k i e g o. Ułożywszy chorego na wzniesionym boku prawym poprowadzono cięcie warstwowe od ostatniego żebra w kierunku ku kolcowi biodrowemu przedniemu górnemu (*sp. ant. sup.*) blisko do tegoż wyrostka sięgające aż do otrzewnéj. Od górnego końca tegoż cięcia poprowadzono ku tyłowi drugie cięcie poprzeczne od 4—5 ctm. długie wzdłuż ostatniego żebra (cięcie podane przez Klemensa Lukasa z Londynu do nefrektomii lędźwiowéj). Krwawiące tętniczki mięśniowe uciśnięto kleszczykami, następnie tępo palcem oddzielono przednią blaszkę powięzi mięśnia poprzecznego brzucha w kierunku ku wewnątrz i ku górze i starano się zepchnąć guz ku okolicy lędźwiowéj. Po kilkakrotnych zabiegach udało się to niezupełnie. Za guzem znajdowała się mocno rozdęta pętla (okrężnicy zstępującéj), na wewnętrznym brzegu pętli téj spostrzeżono białe, pionowo ku dołowi przebiegające pasmo, które przy dokładnem badaniu okazało się jako moczowód. Po moczowodzie dotarto tępo do dolnego brzegu nerki, która otoczona skąpą tkanką tłuszczową, okazywała torebkę gładką, zdrową. Obrzęk zepchnięty ku okolicy lędźwiowéj leżał wyraźnie przed okrężnicą zstępującą. W obec tego nacięto na zewnętrznym (przednim) brzegu (wrzekomo) okrężnicy, (gdyż jak się późniéj okazało, byłoto jelito ślepe), otrzewną nożyczkami. Cięcie to przedłużono bisturem gałkowatym ku górze i znaleziono nierówny twardy obrzęk (wrzekomo) okrężnicy zstępującéj, wielkości jaja gęsiego do 13 ctm długi. Na dolnym brzegu obrzęku tego okrężnica była wgłobioną i przedstawiała dość liczne płoniaste zrosty, które oddzielono tępo; powyżéj obrzęku okrężnica była znacznie rozdętą.

W obec takiego stanu rzeczy przystąpiono do resekcyi (wrzekomo) okrężnicy. Przyrośniętą do dolnéj części okrężnicy sieć w kilku miejscach przecięto po podwiązaniu. Stosunkowo krótka kreska okrężnicy była dość cienką, jednak była bardzo unaczynioną. Powyżéj i poniżéj obrzęku wyszukano części kreski mniéj unaczynione i przebiwszy je tępo nożyczkami Coopera, założono na mający się wyciąć kawałek zawierający nowotwór uciskadła Rydygiera mniéj lub więcéj na 4 ctm od granic obrzęku. Następnie przecięto na poprzek najpierw górny mocno rozszerzony odcinek jelita grubego nożyczkami, oczyszczono go dokładnie wacikami karbolowemi i wsunięto w oba końce tampony z waty sublimatowéj. Kréskę przecięto i podwiązano prawie przy samem jelicie częściowo *en masse* po poprzedniem uciśnięciu małemi lub wielkiemi kleszczami Péana w miarę wielkości w niéj przebiegających naczyń. Niektóre naczynia tryskały i musiano je osobno podwiązać. Wreszcie przecięto dolną część odbytnicy; takowa miała ściany zgrubiałe, światło jednak blisko o połowę mniejsze od górnego. Światło dolnéj części jelita również odrażono dokładnie. Po zbliżeniu odcinków i wyrównaniu świateł przez skośne ucięcie dolnego odcinka, zespojono je 2-ma rzędami szwów. Pierwszy rząd założono sposobem Czernego-Wölflera; drugi rząd szwów założono sposobem Lemberta używając przytem tylko szwu kuśnierskiego. Po oczyszczeniu wacikami sublimatowemi jelito zeszyte pogłębiono. Badanie sąsiednich części jelita nie wykazało żadnych guzów. Otwór w otrzewnéj ściennéj zespojono szwem kuśnierskim. W kierunku ku nerce włożono 2 średniéj grubości dreny, w kierunku ku otrzewnéj 1

gruby dren. Powłoki brzuszne zespojono szwem materacowym i kuśnierskim. Opatrunek jodoformowy uciskowy.

Badanie preparatu wykazało: Odjęta część przedstawia kawałek wgłobionego jelita grubego mocno rozdętego. Początek części wgłobionéj (*intussusceptum*) stanowi obrzęk guzowaty, wielkości jaja kurzego, wystający w postaci kopuły z części wpochwiającéj (*intususcipiens*). Brzeg guza stanowi mocno odgraniczony ubytek w przedniéj ścianie jelita. Za guzem znajduje się otwór, do którego z trudnością palec wskazujący, swobodnie zaś mały palec w głąb wprowadzić się daje. Dolny koniec części wgłobionéj cofnął się w część wpochwiającą i po odwinięciu ostatniego daje się spostrzedz jako pierścień gruby na kilka mm., z którego sterczy bladorożowy do maliny podobny guzek, wielkości orzecha laskowego. Po ściągnięciu zupełnem, wyprostowaniu części wpochwiającéj nad częścią wpochwioną, długość całéj części wpochwiającéj wynosi 42 cm, długość części wpochwionéj wynosi 10 cm., a cały kawałek resekowany 52 ctm. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Scholl (Praga): **Badania nad toksyną cholery.**

Nauka o toksynach rozszerzoną została ostatniemi czasami przez Fränkla, Briegera i Petriego. Badania ostatniego, tyczące się toksyn cholerycznych, tracą na wartości, albowiem Petri czynił doświadczenia swe przy przystępie powietrza (*aërobiosa*), a zatem nie uczynił warunków takiemi, jakie się znajdują w kiszce. Powinien był zachować ostrożności anaërobiozy, w któréj działanie toksyn jest silniejsze. Do badań swych używał autor jaj, nadają się one bowiem najlepiéj do czynności anaërobiotycznych, szczególniéj kiedy poczyna się wywiązywać kw. siarko-wodowy. Jaja oczyszczano i zaszczepiano hodowlami cholerycznemi, przez prof. Hueppego z Kalkuty sprowadzonemi. Następnie zostawiono je w komorze wylęgowéj (*Brutkasten*) przy temp. 36° C. przez dni 18. Po tym czasie pierwsza seryja jaj wyjęta i rozbita, przedstawiała białko w stanie płynnym, żółtko czarne, mocno kw. siarko-wodowym cuchnące. Białkiem tem zaszczepiano królika. Po 5 minutach wystąpiły porażenia kończyn, kurcze ogólne i śmierć. Sekcyja wykazała przekrwienie żołądka i kiszek i przesącz do otrzewny. Białko to zadziałało więc silnie trująco. Zaprawione alkoholem siły trującéj nie traciło. Ogrzane do 100° C. i zaszczepione żadnych objawów chorobowych nie wywoływało. A zatem ciepłota 100° C. pierwiastek trujący zupełnie niszczy i tem się różni od toksyny Petriego, na którą gorąco wpływu żadnego nie miało. Badania chemiczne przekonały autora, że pierwiastkiem trującym w jego doświadczeniach jest tokso-pepton. Połączenie to udało się autorowi za pomocą eteru i alkoholu strącić i otrzymać w formie stałéj. Świnka morska przetworem tym zaszczepiona, zdechła w przeciągu 10 minut wśród objawów poprzednio opisanych, co jest dowodem, iż trująco działał tylko ten toksyn w rozpuszczeniu będący. (*Brl. kl. Wschft.*, Nr. 41, 1890). *Dr. Mendelsburg.*

Patologija.

Oppenheim: **Ciekawy przypadek nowotworu mózgowego.**

Mężczyzna 22 letni cierpiał od pewnego czasu na kurcze napadowe, które zajmowały całą prawą połowę ciała, przyczem przytomność zawsze była utrzymaną. Napady te trwały kilka minut, najwyżéj 15. Podczas napadu mowa była nieco upośledzoną. Bliższe badanie wykazało: obustronne zapalenie nerwów wzrokowych, wyraźny niedowład prawych kończyn i niezborność ruchów po téj stronie. Czucie na całéj połowie prawéj wprawdzie utrzymane, ale w porównaniu ze stroną zdrową wyraźnie upośledzone. Słuch, węch i smak prawidłowe. Po śmierci chorego znaleziono: rowek Rolanda aż do rowka ciemienio-potylicowego (*fissura parieto-occipitalis*), daléj *gyrus centralis posterior*, jako też tak zw. górny płatek ciemieniowy (*oberes Scheitelläppchen*) były zajęte nowotworem, a badanie drobnowidowe takowego wykazało utkanie mięsaka wielko-komórkowego. (*Neur. Centr. Bl.*, VIII., 10 1889). *Dr. Süsskind.*

Docent Eiselsberg (Wiedeń): **O obecności bakteryj ropnych we krwi, jako pomocników rozpoznawczych.**

Bakteryjologija posiada nietylko samą wartość naukową, ale często i praktyczną, albowiem przyczynia się do łatwiejszego rozpoznania niektórych chorób, jak n. p. suchot płucnych i gruźlicy wogóle. Napewne także już dziś wiemy, że bakteryje ropne są przyczyną gorączki przyrannéj i wszelkiego ropienia, a udowodnienie ich obecności we krwi ma także wielkie rozpoznawcze znaczenie. Szukanie koków ropnych we krwi za pomocą samego badania mikroskopowego nie często się udaje, ale najlepiéj za pomocą tworzenia hodowli w krwi badanéj. W ten sposób tak autorowi, jakoteż i innym badaczom (Rosenbach, Garré, Ogston) zawsze udawało się udowodnić koki w krwi w przypadkach ropnicy i posocznicy. Mnogość ich stała w stosunku prostym do nasilenia gorączki i stanowczo przypuścić trzeba, że nasilenie téjże zależało od większego lub mniejszego rozmnożenia bakteryj we krwi. Pewników tych użył autor z korzyścią w celach rozpoznawczych w 4 przypadkach z kliniki prof. Billrotha wziętych. Oto przypadki:

1) Dystorsyja stawu biodrowego. Po kilku tygodniach silna gorączka, wskutek czego podejrzenie duru. Znalezienie w krwi *streptococcus* przemawia za tworzeniem się ropnia, który rzeczywiście niezadługo spostrzeżono.

2) Wyłuszczenie olbrzymiego chrzęstniaka (17 klgr.) w okolicy łopatki. Drugiego dnia po operacyi majaczenie, utrata przytomności bez podniesienia ciepłoty. Podejrzenie zatrucia jodoformem. Badanie bakteryjologiczne udowodniło obecność *staphylococcus aureus*. Rozpoznanie ropnicy autopsyja w zupełności potwierdziła.

3) Obrzmienie stawu skokowego i innych z podwyższeniem ciepłoty. Podejrzenie gośćca stawowego ostrego. Badanie krwi zmienia rozpoznanie na *Osteomyelitis*, sekcyją zupełnie potwierdzone.

4) Wstrząśnienie skutkiem przypadku kolejowego. Na razie nie można stwierdzić żadnego skaleczenia. Ból w stawie biodrowym i podejrzenie nerwobólu. Po pewnym czasie podejrzenie nawet symulacyi. Badanie krwi wykazuje koki, a punkcyja odkrywa ropień w głębi.

W 4 ech przytoczonych przypadkach wyhodował autor w krwi raz *streptococcus pyogenes*, dwa razy *staphylococcus aureus* i raz *staphylococcus albus*. Badanie więc krwi, a mianowicie tworzenie z niéj hodowli, jest w przypadkach niepewnych znakomitym środkiem rozpoznawczym. (*Wr. kl. Wschf.*, 1890, Nr. 38).

Farmakologija.

Dr. M. Koritschoner (Wiedeń): **O dyjuterynie.**

Teobromina Schrödera jest dobrym lekiem moczopędnym, trudno jednak ulega wessaniu i zanadto drażni przewód pokarmowy. Z tego to powodu duńczyk Dr. Gram wytworzył połączenie teobrominy, któreby było łatwo rozpuszczalne, a tem samem i łatwo strawne. W *Therapeutische Monatsschrift* (styczeń, 1890) umieścił ostateczny wynik swéj pracy, a jest nim połączenie teobrominy z salicylanem sodowym jako *theobrominum natrosalicylicum* dla krótkości dyjuretyną nazwane. Otóż mamy znów nowy lek moczopędny, skuteczny i nieszkodliwy. Dr. M. czynił z dyjuretyną od Krulla sprowadzoną, doświadczenia na chorych w klinice prof. Schröttera, a wyniki tychże obecnie ogłasza.

Dyjuretyna jestto białawo-szarawy proszek, smaku gorzko-słonego. W alkoholu i eterze nierozpuszczalna, w wodzie ciepłéj i zimnéj mało, w alkalicznéj zupełnie się rozpuszcza. Działanie jej moczopędne zależy od większéj lub mniejszéj ilości zawartéj teobrominy. Podawano ją 38 chorym z puchliną wodną z jakiejkolwiek przyczyny i kilku zdrowym w celu stwierdzenia wpływu jéj na serce i tętno. Podawano ją oczywiście w roczynie, co godzina łyżkę stołową. Mimo, iż roczyn nie był zaprawiony żadnem *corrigens*, chorzy znosili go przez długi przeciąg czasu dobrze. Zaczynano od dawki dwugramowéj *pro die* i przekonano się, że i 10 grm. na dobę

bezkarnie podawać można. W 60% wystarczało 5 gr. do osiągnięcia znakomitéj dyjurezy, w 30% trzeba było dawkę podnieść do 6 gr. Skuteczność działania występuje dopiero w 2. lub 3. dniu podawania, występuje jednak nader silnie tak, iż często trzeba przerwać leczenie. Mimo to dyjureza raz rozpoczęta trwa nieprzerwanie daléj aż do zaniku zupełnego wszelkich wysięków i przesączów. Doświadczano także raz wstrzyknięć miąższowych sterylizowanych. Może dlatego, iż chory był syfilitykiem, wystąpiła na miejscu wstrzyknięcia zgorzel, która do dalszych tego rodzaju prób nie zachęcała. W 4 przypadkach lek nie wywarł żadnego skutku, lecz były to przypadki nieuleczne, w ostatnich tygodniach przed śmiercią z wyniszczenia. Co do rodzaju choroby, to dyjuretyna najskuteczniéj działa w przypadkach opuchlin z wad serca wynikłych. Działanie jego wobec zastojów w żyle bramnéj i zwyrodnienia nerek drugie dopiero miejsce zajmuje. Podawany zdrowym nie wywierał żadnego widocznego wpływu na serce i tętno, działaniu więc jego głównie wpływ na nerkę przypisać należy. W porównaniu z innemi lekami moczopędnemi (*digitalis*, *strophantus*, *calomel*, *kali aceticum*), dyjuretyna wywołuje może najobfitszą dyjurezę (w jednym przypadku aż 3500 sz. c. na dobę) nigdy przytem nie drażni nerek, a zalety te nadają ją do używania we wszystkich przypadkach chorobowych, w których moczopędnie działać chcemy bez jakichkolwiek przeciwwskazań. Używa się go też od czasu tych doświadczeń stale w klinice prof. Schröttera w Wiedniu. (*Wr. kl. Wschft.*, Nr. 39, 1890).

Choroby wewnętrzne.

Prof. Dujardin-Beaumetz (Paryż): **O nowych sposobach leczenia cukrzycy.**

Leczenie dyjetetyczne, polegające na wykluczeniu potraw skrobiowatych i cukru, jest podstawą każdéj metody leczenia cukrzycy. Tłuszcze nie są przeciwwskazane, owszem w nadmiarze używać ich można. Trudno odebrać człowiekowi chleb lub bułkę, bez niéj rzadko kto obejść się może, dlatego należy dla takich chorych wypiekać chleb nie zawierający skrobi. Jest nim chleb Saya. Wypieka się go w owocu rośliny strączkowéj w rodzaju bobu *Glycina hispida* zwanéj. Owoce jéj nie zawierają skrobi. Chleb ten nie odznacza się dobrym smakiem i nie każdy chce go jeść, takim pozwala D.-B. na dobę 100 grm. ziemniaków z masłem spożywać. Przedewszystkiem zabronić należy używania owoców, których cukier najłatwiéj do moczu przechodzi, tak samo i mleka, które podtrzymuje polyuryję. Ważnem jest zalecenie choremu odpowiednich napitków. Dyjabetycy wydzielając wiele moczu, mają ciągłe pragnienie, znoszą też alkohol bardzo dobrze i chętnie go piją. Należy go jednak stanowczo wzbronić, co najwięcéj podawać go można w postaci rozwodnionego lekkiego wina. Przeciw pragnieniu najlepiéj podawać czarną kawę lub herbatę; odwary te znakomicie gaszą pragnienie i działają podniecająco. Prawdziwym postępem w hygijenie dyjabetyków jest podawanie sakcharyny. D.-B. podaje ją bez obawy chorym nietylko w kawie lub herbacie, ale zaprawia potrawy, cukru wymagające. Ćwiczenia gimnastyczne, spacery na powietrzu, hydroterapia, są znakomitemi środkami pomocniczemi w omawianem leczeniu. Z wód mineralnych lepsze są te, które nie bezpośrednio na wątrobę działają, ale ogólne odżywienie podnoszą. Połączenia *lithium carbonicum* z arsenem działają także znakomicie. D. B. poleca swoim chorym przed każdem jedzeniem zażywać w szklance alkalicznéj wody 0·30 *lith. carb.* z 2 kroplami *solut. arsen. Fowleri.* Często widzimy także zmniejszenie się polyuryi po podawaniu nowych leków antitermicznych i analgetycznych, do których zaliczamy: antipyrynę, antifebrynę, fenacetynę, egzalginę. Dyjetetyczne leczenie tylko dopóty trwać winno, dopóki cukier znajduje się w moczu. W chwili jego zniknięcia zanadto surowe przestrzeganie dyjety jest błędem, nikt bowiem przez ciąg długiego czasu zachować jéj nie jest w stanie, dlatego też lepiéj w chwilach wolnych od cukru pofolgować choremu, aby w danéj potrzebie tem łacniéj mógł znowu jéj przestrzegać. (*D. m. Wschft.*, Nr. 34, 1890).

Choroby kobiece.

Prof. Zweifel (Lipsk): **Mięśniak macicy leczony elektrolizą.**

Jeżeli mamy przed sobą mięśniak macicy, który z jakichkolwiek bądź powodów nie da się wyciąć, to przystępujemy do leczenia za pomocą elektrolizy. Przy przechodzeniu prądu galwanicznego przez tkaninę nowotworową zbierają się przy anodzie kwasy, w elektroterapeutyce anionami zwane, przy katodzie zaś alkalia czyli kationy. Wskutek chemicznego rozkładu następuje zniesienie odżywienia nowotworu i następowo jego zanik. Pierwszym, który w Niemczech zastosował w ginekologii ten sposób leczenia, był autor. Jedną elektrodę (anodę), o ile możności największą, przykłada do podbrzusza, drugą (katodę) w postaci zgłębnika macicznego platyną zakończonego, wkłada do macicy. W razie silnych krwotoków zamienia elektrody, anoda bowiem posiada własność tamowania ich. Prądu używa o sile 175—200 MA. Przy téj sile na skórze często pod elektrodą powstają bolesne oparzeliny, dlatego Z. daje tampon z waty, zamoczony w wodzie słonéj jako podkład. Ujemną stroną leczenia nowotworów macicznych za pomocą elektrolizy jest znaczna bolesność całéj czynności towarzysząca. Tak chore Apostoliego jak jak i autora, często mdlały z bólów i jedynie trwoga przed operacyją, jakoteż krótkość posiedzeń (5 minut), przyczyniały się do dalszego wytrwania w leczeniu. Ostrzega autor przed wprowadzaniem elektrody w miąższ samego nowotworu, powstają wskutek tego ropienia i rozpady, które wprost do śmierci prowadzą. Autor nie podziela zdania Apostoliego, iż leczeniem elektrolitycznem nowotwory zupełnie giną. Nowotwory tylko kurczą się i znacznie zmniejszają; elektroliza więc może być jużto przygotowaniem do operacyi mięsaków dużych i szybko rosnących, jużto środkiem zmniejszającym nowotwory operować się nie dające. Szczyci się za to elektroliza znakomitym skutkiem w krwotokach macicznych, nowotworami wywołanych, wstrzymuje je bowiem zupełnie już po kilku posiedzeniach. Potrzebny jest tylko prąd silny (200 MA.) (*D. m. Wschft.*, Nr. 40, 1890).

Dr. Mendelsburg.

Choroby weneryczne i skórne.

Docent Kopp: **O leczeniu chorób skórnych za pomocą ichtyolu.**

Autor zestawia swoje doświadczenia w następujących zdaniach: 1) Użycie zewnętrzne ichtyolu jest w niektórych chorobach skórnych skutecznem, a mianowicie: w *acne rosacea*, oparzeniach, odmrożeniach, róży i w niektórych postaciach wyprysku. W innych chorobach skórnych skutek jest zwykle ujemnym, w niektórych nawet szkodliwym. 2) Użycie wewnętrzne pigułek z ichtyolu w chorobach skórnych, które według dzisiejszych naszych wiadomości bywają uważane za skutek zaburzeń w narządzie trawienia, bardzo często jest połączone z dobrym skutkiem, gdyż skutkiem wewnętrznego użycia ichtyolu poprawia się łaknienie i trawienie, a przez to i ogólne odżywienie ustroju. Dawki dzienne 1·0 do 2·0 gram. znoszą chorzy bez wszelkiéj szkody. 3) Ujemne własności ichtyolu polegają na obrzydliwym smaku i woni i na zbyt wygórowanéj cenie tego preparatu. (*Münch. m. Woch.*, 35, 36, 1889). *Dr. Süsskind.*

Marion Sims: *Succus alterans*, **nowy środek przeciwkiłowy i przeciwgośćcowy.**

Gdy S. przed kilku laty ogłosił zadziwiające wyniki osiągnięte w leczeniu kiły za pomocą mikstury, złożonéj z części roślinnych, spotykał się z niedowierzaniem. Przetwór ten, znany pod nazwą: *Succus alterans*, przygotowuje się z następujących soków roślinnych: *Stillingia sylvatica*, *Lappa minor*, *Phytolacca decandria*, *Smilax sarsaparilla* i *Haematoxylum carolinianum*; wyrugował on z użycia według S. tak rtęć, jak i jodek potasu w leczeniu kiły, jakoteż w rozlicznych postaciach zołzów jako *tonicum*. Używanie tego soku powiększa łaknienie, chorzy na wadze przybierają w przeciwieństwie do działania, jakie wywołują heroiczne najczęściéj dawki rtęci i przetworów jodowych. Lekarze amerykańscy zapisują *Succus alterans* także w gośćcu, mianowicie przewlekłym. (*New-Yorker med Presse*). *Dr. Baschkopf.*

VI. Z międzynarodowego lekarskiego zjazdu w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43.)

Prawdziwą ozdobę Berlina stanowi królewski zwierzyniec, istny las w samem sercu miasta, przeszło 250 hektarów obejmujący przestrzeni, prześlicznie urządzony i znakomicie utrzymany. Ze szczytu pomnika zwycięstwa widok na ten ogrom zieleni jest w istocie zachwycający, a korzyści pod względem higijenicznym są poprostu nieocenione. Pomimo tego m. Berlin nie zadowoliło się posiadaniem tak rozległego parku, lecz pomyślało o urządzaniu coraz to nowych parków i ogrodów w różnych stronach olbrzymiéj stolicy, a Friedrichshain, Humboldthain, mały zwierzyniec, rozległy park koło miejscowości Treptow na lewym brzegu Sprewy, Plänterwald, park Wiktoryi, park Inwalidów, park wystawowy i liczne drobne ogródki dają wdzięczny obraz usiłowań stworzenia i na tem polu wzoru prawie niedoścignionego, oraz przykładu godnego do naśladowania.

Na zakończenie obrazu sanitarnego m. Berlina muszę jeszcze kilku słowami wspomnieć o cmentarzach. Otóż tylko cmentarz przeznaczony dla ubogich stanowi własność politycznéj gminy — inne cmentarze znajdują się w posiadaniu stowarzyszeń religijnych i zostają pod ich zarządem. Nadto m. Berlin stara się o urządzenie domów pogrzebowych i loży na to wielkie sumy, aby zwłoki zmarłych czemprędzéj usuwać z domów gęsto zaludnionych i przenosić je do domów pogrzebowych. Centralnego cmentarza Berlin dotąd nie posiada. Na 30 cmentarzach prywatnych urządzono już domy pogrzebowe, a z 36.246 osób zmarłych w r. 1889. 32% (tj. 11,597 osób) przeniesiono do domów pogrzebowych. Cmentarz miejski przy Friedrichsfeld ma 25½ hektaru przestrzeni i wygląda jak park pięknie urządzony i starannie utrzymany. Kosztem 130.000 marek zostanie tutaj niebawem zbudowany dom pogrzebowy wraz z kaplicą oraz z halą przeznaczoną do pomieszczenia urn z popiołami zwłok spalonych. Hala ta stanowić będzie własność stowarzyszenia, które w r. 1874 w Berlinie się zawiązało, a którego członkowie przeznaczają zwłoki swe na spopielenie.

Takim jest obraz urządzeń sanitarnych Berlina, a po rozważeniu wszystkich po krótce tutaj przytoczonych szczegółów, przyznać należy, że ludność niemiecka nietylko na drodze rozgłośnych zwycięstw militarnych, ale i na drodze zwycięstw na polu nauki, a w szczególności na polu zastosowanéj hygijeny, palmę pierwszeństwa odnieść usiłuje, a potężne środki finansowe ułatwiają niezmiernie stolicy Niemiec poczynienie zadziwiających postępów dążących do znakomitéj asanacyi miasta.

Urząd zdrowotny państwa niemieckiego obdarzył uczestników wspaniałego kongresu berlińskiego dwoma dziełami znacznéj wartości dla każdego higijenisty, na podstawie których obeznać się może szczegółowo z całym ustrojem sanitarnym w pojedynczych państwach, wchodzących w skład rzeszy niemieckiéj. Oba te dzieła wyszły pod redakcyją tajnego radcy lekarskiego Dra M. Pistora, który zarazem piastuje urząd członka cesarskiego urzędu zdrowotnego. Pierwsze dzieło nosi tytuł: „*Deutsches Gesundheitswesen*". (*Festschrift zum X. internationalen medizinischen Kongress.* Berlin 1890. *Im amtlichen Auftrage herausgegeben von Dr. M. Pistor*) i rozpada się na 2 główne działy, z których pierwszy (*Reichs-Gesundheitswesen*) traktuje o urządzeniach sanitarnych na podstawie ogólnego prawa państwowego — drugi zaś dział (*Gesundheitswesen der Bundesstaaten Preussen, Bayern und Württemberg*) przedstawia pokrótce organizacyję zarządu lekarskiego w pojedynczych państwach związkowych i postanowienia policyi lekarskiéj mające na celu zapobieganie chorobom zaraźliwym, stłumianie ich w razie wybuchu, ochronę jednostek i społeczeństwa całego przed różnemi pod względem sanitarnym szkodliwemi czynnikami. Podobnie jak w Austro-Węgrzech sprawy zdrowotne podlegają ministerstwu spraw wewnętrznych, tak i w państwie niemieckiem sprawy wchodzące w zakres policyi lekarskiéj i weterynaryjnéj należą do zakresu działania urzędu państwowego dla spraw wewnętrznych, na czele którego stoi sekretarz państwowy, podległy kanclerzowi państwa. Aby zaś w sprawach zdrowotnych mieć organ fachowy doradczy, stworzono w r. 1876 urząd zdrowotny państwa niemieckiego (*das deutsche Gesundheitsamt*), który podlega urzędowi kanclerskiemu i ma mu pomagać w sferze ustawodawstwa sanitarnego oraz w zakresie nadzoru nad wykonywaniem zaradczych środków policyjno-lekarskich, ma prowadzić należytą statystykę lekarską dla całego państwa niemieckiego i badać rozwój ustawodawstwa sanitarnego w krajach ościennych. Z biegiem czasu wyposażono urząd zdrowotny w pięknie urządzone laboratoryja chemiczne, higijeniczne i bakteryjologiczne, a w skład tegoż urzędu wchodzą: 1 dyrektor, 5 członków zwyczajnych i 30 nadzwyczajnych, 12 osobno zamianowanych członków do komisyi stałéj, zajmującéj się opracowaniem farmakopei i 32 pomocników, oprócz służby podrzędnéj. Etat urzędu zdrowotnego wynosił w roku ostatnim 158,715 marek. Liczne prace wysokiéj naukowéj wartości oraz tygodnik lekarski wychodzący od r. 1877 pod tytułem: „*Veröffentlichungen des kaiserlichen Gesundheitsamtes*" (corocznie koło 800 stronnic in 4 to; cena prenumeracyjna 5 marek) dają chlubne świadectwo o korzystnéj naukowéj działalności urzędu zdrowotnego, szczególniéj na polu medycyny publicznéj.

Dalsze rozdziały powyższego dzieła traktują o stanowisku personalu sanitarnego i sposobach kształcenia tegoż, podają szczegóły statystyczne, dotyczące rozsiedlenia lekarzy (w miastach przypada 1 lekarz na 1450 mieszkańców, po wsiach 1 na 5663 mieszkańców i 95 kilometrów kwadratowych), oraz daty statystyczne dotyczące szczepienia ospy, przypadków zachorowania na ospę i śmierci skutkiem téj choroby, nadto omawiają statystykę śmiertelności w miastach liczących 15,000 mieszkańców i wyżéj. Interesującym jest dział traktujący o środkach ostrożności, mających na celu stłumianie chorób zakaźnych, a zwłaszcza prawo państwowe zawierające przymus szczepienia. przeprowadzenie szczepienia, źródła pozyskania materyjału do szczepienia wraz z instrukcyją dla lekarzy szczepiących itp.[1])

Końcowe ustępy tego dzieła omawiają handel lekami i sprzedaż ich w aptekach publicznych, handel pokarmami i pożywkami, oraz przedmiotami służącemi do użytku codziennego (nafta itd.), zanieczyszczanie rzek i czyszczenie odpadków, wreszcie zajmują się higijeną rzemiosł.

Podobny układ rozdziałów znajduje się w drugiéj części dzieła omawiającéj urządzenia sanitarne w Prusiech, Bawaryi i Wirtembergii, na których trafny i wyczerpujący opis złożyli się Dr. Pistor, bawarskie ministerstwo spraw wewnętrznych i królewskie kollegium lekarskie w Stuttgardzie.

Dzieło drugie, wydane również pod redakcyją zasłużonego Dra Pistora, nosi tytuł: „*Anstalten und Einrichtungen des oeffentlichen Gesundheitswesens in Preussen*" (*Festschrift zum X internationalen medizinischen Congress.* Berlin 1890) i zostało napisane za inicyjatywą ministerstwa pruskiego dla spraw duchownych, naukowych i lekarskich.

Dzieło to opisuje zakłady czy to nowo powstałe, czy to na nowo urządzone kosztem państwa a poświęcone naukom lekarskim, oraz zakłady wychowawcze dla lekarzy wojskowych, dwa szpitale garnizonowe w Berlinie, budowę ich i wewnętrzne urządzenie, kierownictwo i zarząd, a w końcu zajmuje się wynikami badań umiejętnych na polu lekarskiem, jakie w każdym zakładzie naukowym poczyniono.

Stowarzyszenie wreszcie lekarzy niemieckich przesłało w upominku uczestnikom kongresu dzieło pod tytułem: „*Das aerztliche Vereinswesen in Deutschland und der deutsche Aerztevereinsbund*" (*Festschrift dem X internationalen medizinischen Congress gewidmet vom Geschäftsausschuss des deutschen Aerztevereinsbundes und im Auftrage desselben verfasst von*

[1]) Ważniejsze ustępy z tego działu wraz z uwagami podam w osobnym artykule, który niebawem w czasopiśmie niniejszem ogłoszę.

dem Vorsitzenden Dr. Eduard Graf. Leipzig 1890). Z dzieła tego dowiadujemy sie o fakcie interesującym pod względem historycznym, iż pierwszy zawiązek stowarzyszenia lekarzy niemieckich przypada już na rok 1644, w którym to roku zawiązało się w Hamburgu *Collegium medicum*, oraz że obecnie w całych Niemczech istnieje 363 towarzystw lekarskich, które liczą koło 19,000 (recte 18,943) członków. Do licznego pocztu tych stowarzyszeń lekarskich zaliczonem zostało również towarzystwo lekarzy polskich w Poznaniu, które stanowi właściwie sekcyję (wydział) lekarską towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu i liczy 140–150 członków, oraz posiada własny organ (*Nowiny lekarskie).* (C. d. n.)

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków,** d. 27 listopada. W sprawie odkrycia Kocha dzienniki tutejsze polityczne zamieściły temi dniami następujące oświadczenie naszego Towarzystwa lekarskiego:

Szanowna Redakcyjo!

Stosownie do zapowiedzianego oświadczenia, Komitet Towarzystwa lekarskiego krakowskiego poczuwa się do obowiązku wypowiedzenia swoich poglądów na sprawę odkryć Roberta Kocha. Do tego kroku czuje się zniewolonym Komitet nazbyt żywem chociaż naturalnem zainteresowaniem się tą sprawą społeczeństwa naszego.

Po odbytych dwu posiedzeniach Towarzystwa lek. krak., na których sprawa genjalnego odkrycia Kocha była omawianą przez lekarzy, którzy w Berlinie metodę jego badali, wyniki jéj naocznie stwierdzili i samą metodę sobie przyswoili; niemniéj po sumiennem wyrozumieniu słów samego Kocha ogłoszonych w artykule: „*Weitere Mittheilungen über ein Heilmittel gegen Tuberculose*“, komitet Towarzystwa lekarskiego krakowskiego doszedł do następujących wniosków: wynalazek Kocha jest genijalny i może w przyszłości stanowić będzie erę w lecznictwie. Doniosłość jest tak wielką dlatego, że środek przez niego podany, jest pierwszym, który wewnętrznie zastosowany, na tkankę gruźliczą bezpośrednio działa. Przyroda środka tego czasowo nie jest jeszcze znaną, natomiast wyniki jego działania przedstawiają się w téj chwili jak następuje: w gruźlicy usadowionéj na powierzchni ciała ludzkiego lub w częściach tego dla chirurga przystępnych, jak w gruźlicy skóry (liszaj żrący *Lupus)*, gruźlicy stawów i t. d., środek jest niezaprzeczenie tak skutecznym, jakim nie był żaden z dotychczas używanych; natomiast co się tyczy gruźlicy organów wewnętrznych. a w szczególności w gruźlicy płuc, znanéj pod powszechną nazwą suchot płucnych, o działalności tego środka w téj chwili, gdy pierwsze kroki praktycznego stosowania jego ledwo rozpoczęte, ani sam wynalazca, a tem mniéj ktoś inny zdania stanowczego wypowiedzieć nie może. To jednak pewna, że doświadczenia na zwierzętach są wielce obiecujące i do użycia tego środka u ludzi zachęcać muszą. Od doświadczeń jednak na zwierzętach do zastosowania praktycznego u ludzi tak jeszcze daleko, że długiego potrzeba będzie czasu, aby rozstrzygnąć, w którym kierunku i w jaki sposób środek ten przyniesie błogie owoce dla człowieka.

Dzięki gorliwości prof. Rydygiera zawdzięcza Kraków uzyskanie środka Kocha, z którym w klinice chirurgicznéj we wszystkich kierunkach rozpoczęto badania. Towarzystwo lekarskie krakowskie zajmuje się tą sprawą gorąco, a organ Towarzystwa, t. j. *Przegląd Lekarski*, dla szybkiego poinformowania szerszego koła lekarzy, poświęca téj sprawie nadzwyczajne dodatki, z których najbliższy wyjdzie we Wtorek dnia 25 b. m. i zawierać będzie sprawozdanie tych lekarzy, którzy w Berlinie mieli sposobność zapoznania się ze stanem téj sprawy w obecnéj chwili.

Prof. Dr. Antoni Mars Prezes Tow. lek. krak. — *Dr. August Kwaśnicki* Sekretarz stały Tow. lek. krak.

* Na posiedzeniu odbytem d. 21 b. m., Wydział lek. uchwalił: wysłać telegram do Kocha z powinszowaniem i podziękowaniem za udzielenie prof. Rydygierowi środka swego przeciw gruźlicy, oraz podziękować p. Ministrowi oświecenia za jego interwencyję w téj sprawie; poparł podanie docenta i lekarza powiatowego Dra Ponikły do ministerstwa o udzielenie subwencyi na wyjazd za granicę celem kształcenia się w bakteryjologii; poparł podanie prof. Łazarskiego o ustanowienie demonstratora przy katedrze farmakologii oraz o zwiększenie dotacyi rocznéj i udzielenie zasiłku jednorazowego; wybrał członkiem komisyi dla drukarni uniwersyteckiéj członka dotychczasowego na dalsze 3 lata; mianował Dra Rosenzweiga elewem na dalsze 2 lata przy klinice lekarskiéj i uchwalił wyjednać dla niego renumeracyję za ubiegły czas służby oraz prosić Namiestnictwa o przerobienie sali wykładowéj kliniki lek., nareszcie mianował Drda Ludomiła Korczyńskiego elewem przy tejże klinice na 2 lata.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Petersburg.** Dr. Geisler habilitował się w Akademii lek. jako docent chorób wewnętrznych. — **Warszawa.** Docent Akademii lek. petersburskiéj Dr. Dobrokłoński proponowany został na katedrę patologii szczegółowéj. — **Genewa.** Panna Teodora Krajewska otrzymała posadę asystenta przy prof. fizyjologii Schiffie. — **Tomsk.** Na wydział lekarski uczęszcza obecnie 270 uczniów, po największéj części byłych kandydatów seminaryjów duchownych.

* W tygodniu 45 (od 9—15 listopada) było w Krakowie małżeństw 23, urodzin 62, skonów 57 (38·80), z tych: z zap. płuc 12, z dławca i błonicy 8, z gruźlicy 7.

* W Genewie otrzymała dyplom doktora medycyny panna Wanda Szczawińska po napisaniu rozprawy z dziedziny anatomii porównawczéj.

Od kol. Dra Męcińskiego w Skałacie otrzymaliśmy kwotę 10 złr. dla wdowy po lekarzu w Zabłotowie, kwotę pochodzącą ze składki, w któréj brali udział koll. Dr. Męciński (5 złr.), Dr. Wojtkowski (3 złr.), aptekarz p. Meth (2 złr.) i weterynarz p. Tychowski (1 złr.).

Redakcyja otrzymała:

Wiestnik kliniczeskoi i sudebnoi psichiatrii i newropatologii. Powremennoe izdanie pod redakciei prof. J. P. MIERZEJEWSKAGO. God wosmoi, wypusk 1 s 67 rysunkami w tekstie i 1 chromol. tabl. S. Petersburg 1890, in 8-vo str. 487. — Z rektoratu prof. Dra KORCZYŃSKIEGO w Uniw. Jagiell, w roku szkolnym 1889/90, Kraków 1890, in 8-vo str. 91. — Dr. S. ROSSBERGER: Pemphigus neuroticus aut Herpes traumatico-toxicus (odbitka z *W. med. Bl.* 1890) in 8-vo str. 9.

Sprostowanie. W Dodatku do Nr. 48 w przemówieniu prof. Browicza ustęp pierwszy powinien być ostatnim.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 3-go grudnia o godzinie 6-téj po południu posiedzenie zwyczajne w sali kliniki chirurgicznéj, na którem: 1) kol. Rydygier przedstawi dotychczasowe wyniki leczenia metodą Kocha. 2) kol. Buzdygan będzie miał rzecz o *myxoedema.*

Posiedzenie **Towarzystwa ginekologicznego** odbędzie się 3-go grudnia o godzinie 6-téj wieczorem w pracowni prof. Marsa (ul. Grodzka). Porządek dzienny: 1) Sprawy administracyjne. 2) Prof. Madurowicz przedstawi mechanizm porodowy potworu dwugłowca (*bicephalus dibrachius*). 3) Prof. Mars okaże preparat anatomiczny.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. G. w B. — Odpowiedź na swoje zapytanie znajdzie Kolega w Nr. 47 „Przegl. Lek.“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Niniejszem rozpisuje się konkurs celem obsadzenia posady II-go asystenta przy katedrze anatomii opisowéj. Podania wnosić należy na ręce podpisanego najdaléj do 1 Grudnia b. r.

Kraków d. 22 Listopada 1890.

Rydel
t. r. Dziekan.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 6 Grudnia 1890. Nr. 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. O zasadach udzielania pierwszéj pomocy rannym w najbliższéj wojnie.

Wykład miany na I. zjeździe chirurgów polskich w Krakowie.

przez

Dra W. Wehra we Lwowie.

Nie ulega żadnéj wątpliwości, że w obec dzisiejszego systemu prowadzenia wojny, który polega ostatecznie na najszybszem zgromadzeniu wielkich mas wojska w miejscu zagrożonem i uczynieniu w najkrótszym czasie największéj liczby przeciwników niezdolnymi do boju, w obec sił i środków niszczących, jakiemi dziś rozporządzają wszystkie ucywilizowane państwa, liczba rannych w przyszłéj wojnie po każdéj walniejszéj bitwie musi się zwiększyć.

Jeżeli przytem zwrócimy uwagę na to, że sztuka wojenna czyni w kierunku szybkiego niszczenia przeciwnika bezustanne postępy, że w przyszłéj wojnie kroćiowe armije staną naprzeciw siebie, a tysiące rannych będą potrzebowały naszéj pomocy, to sądzę, że jest naszą powinnością zapytać się, czy i o ile chirurgija nowoczesna będzie w możności spełnić godnie swe zadanie, t. j. czy po wykluczeniu ran śmiertelnych, *będziemy w możności uratować zresztą niemal wszystkich naszych rannych.*

Tak bowiem uformułowane pytanie musimy sobie zadać od chwili, gdyśmy się na pewno przekonali o dwóch zasadniczych podstawach nowoczesnéj chirurgii: *naprzód*, że każda rana jakiegobądź organu goić się musi, że ta dążność do gojenia jest ciągłą, niechybną, fizyjologiczną właściwością rany; — *powtóre*, że ta dążność do gojenia może być tylko wtenczas na szwank narażoną, gdy do rany dostaną się szkodliwości zewnętrzne, *mikroorganizmy patogeniczne*, które za wyłączne i jedyne przyczyny wszystkich chorób przyrannych zapalnych według dzisiejszego stanu naszéj nauki uważamy. O słuszności tych zasad jesteśmy tak głęboko przekonani, że każdy nieudały zabieg operacyjny przypisujemy raczéj własnéj nieudolności i różnym nieodpowiednim warunkom zewnętrznym, aniżeli nauce.

Teoretycznie przyjąć więc musimy za zasadę, że nie ma takiego organu w ciele naszem, którego zranienie, jeżeli tylko nie zagraża wprost funkcyjom życiowym, nie dałoby się wygoić; praktycznie stwierdzają słuszność tego prawidła liczne przypadki wyleczonych zranień mózgu, serca i reszty organów wewnętrznych, znane nam z literatury.

Jeżeli tak jest, to wychodząc z zasady wypowiedzianéj przez *Virchowa*: *„że nie jest to prawdziwa jeszcze wiedza, któraby nie umiała także wykonać tego co wie...“* sama loika nam wskazuje, że uczynilibyśmy zadość wymaganiom teoryi i uratowali niemal każdego rannego, jeżeli tylko jego rana sama przez się nie była śmiertelną, — gdybyśmy byli w stanie zaraz po zranieniu zabezpieczyć ranę od wpływu mikrobów patogenicznych, t. j. założyć zaraz opatrunek aseptyczny, jeżeli przypuścimy, że rana postrzałowa jest z natury swéj aseptyczną, lub też zastósować zaraz w pierwszych kilku godzinach działania antiseptyczne, jeżeli uznamy ranę za septyczną.

Tak więc problemat nasz rozpada się na dwie istotne części zasadniczego w praktyce znaczenia, a mianowicie na roztrzygnięcie pytań:

1) czy rana postrzałowa z natury swéj jest aseptyczną, czy też zakażoną,

2) czy w każdym z tych przypadków moglibyśmy zagwarantować pomyślny wynik podczas wojny.

Przedewszystkiem pozwolę sobie zwrócić uwagę Panów na to, że nie wolno nam nigdy zapominać o niezmiernie wielkiéj różnicy, jaka zachodzi pomiędzy raną *aseptyczną* a *zakażoną*.

Mówimy bowiem dziś o aseptyce tak często, że mogłoby się wydawać, że zapominamy o chirurgii antiseptycznéj ran septycznych. Wszakże my wiemy dobrze, jaki przedział panuje pomiędzy temi pojęciami w teoryi i praktyce, co do sposobu leczenia i prognozy. Już przed 8 laty badania

Kocha nas pouczyły, że daleko trudniéj jest zniszczyć kolonije bakteryj patogenicznych już rozwinięte, daleko silniejszych musimy użyć w tym celu antiseptyków, aniżeli, gdy chodzi tylko o niedopuszczenie ich rozwoju. Według Kocha zarodniki wąglika należy 1—2 dni traktować 5% karbolem, aby przeniesione na grunt odżywczy nie rozwinęły się, gdy dodanie już 1,00 karbolu na 850 grm. odżywki gelatynowéj wystarcza do powstrzymania ich rozwoju. Jalan de la Croix stwierdził ten fakt co do zarodników i znalazł stosunek 1 do 400 lub 500.

Badania te dowodzą, że dopóki będziemy mieli do czynienia z ranami zakażonemi, dopóty będziemy zmuszeni w praktyce używać silnych antiseptyków. Chirurgija wyłącznie aseptyczna dałaby się pomyśleć dopiero wówczas, gdyby naszym przyszłym pokoleniom udało się zniszczyć w przyrodzie mikroby patogeniczne, lub też, dążąc w innym kierunku badania, uczynić nasz organizm niezakaźliwym. Być może, że wiek dwudziesty będzie święcił tego rodzaju tryjumf pokoju; cechą charakterystyczną drugiéj połowy XIX stulecia pozostanie na zawsze w historyi medycyny zacięta i bezustanna walka z mikroorganizmami o życie ludzkie.

Wynika ztąd doniosłego w praktyce znaczenia zasada, że chirurg odpowiedzialnym jest za przebieg rany o tyle, o ile się to odnosi do ran czystych niezakażonych.

W obec ran zakażonych chirurgija nowoczesna zdziałała bardzo wiele, otwiera sobie i tutaj coraz szersze i obszerniejsze pole działania, i tu w większéj liczbie przypadków ma wyniki pomyślne, jednak cała dzisiejsza wiedza chirurgiczna, cały zasób antiseptyków i technika do artyzmu posunięta nie jest w możności w wielu przypadkach zakażenia zagwarantować pomyślnego wyniku, że wspomnę tylko o *peritonitis*, o *meningitis septica* po urazie, *tetanus*, *malleus*, *anthrax*, gdy w obec ran czystych zrobić to może i powinna.

Z tego przedstawienia rzeczy ocenicie Panowie łatwo, jak wielką odpowiedzialność bierze na swe barki i sumienie chirurg, który bezwiednie zakaża ranę aseptyczną i jak wielką szkodę wyrządza wtedy organizmowi. Nietylko, że dyskredytuje naszą wiedzę i cofa ją o $^1/_4$ wieku w tył, lecz bezpośrednio zagraża życiu ludzkiemu, gdyż często nie daje się już naprawić złe wyrządzone. Zarzucicie mi Panowie, że ta szkoda nie zdarza się tak często w praktyce, aby się godziło nad nią dłużéj zastanawiać. W praktyce prywatnéj, być może, podczas epidemii wojennéj miała się dotychczas ta sprawa przeciwnie.

Jeśli bowiem przejrzymy bardzo obfitą i piękną literaturę chirurgii wojennéj opartą na doświadczeniach ostatnich wojen, to dochodzimy przedewszystkiem do wniosku, że dotychczas każdy niemal ranny otrzymywał na polu walki dwa a względnie więcéj obrażeń; — jedno od kuli przeciwnika, drugie, nieraz cięższe, od ręki niosącego mu pomoc chirurga. I tak: w wojnie duńskiéj 1864 i prusko-austryjackiéj 1866 chirurgowie niemieccy, postępując według zasad podanych przez Stromeyera i Demmego uważali sobie za tem większą chwałę, im pełniejsze mieli kieszenie kul wyjętych jak najrychléj z ran postrzałowych. W początkach wojny francusko-pruskiéj żądano od chirurga, aby jak najrychléj i najgruntowniéj zbadał palcem ranę postrzałową, aby módz napisać dokładne rozpoznanie.

Z ostatniéj wojny turecko-rosyjskiéj Bergmann poczytuje sobie za największą zasługę, że mógł często wyrwać sondę z ręki mniéj doświadczonego chirurga.

(Dokończenie nastąpi).

II. O istocie „ucisku mózgu"
i o zasadach leczenia t. zw. „objawów uciskowych".

Wykład miany w streszczeniu na międzynarodowym Zjeździe lekarzy w Berlinie 1890 r.

Podał
Prof. Dr. Adamkiewicz.

(Dok. Patrz Nr. 48.)

3. Przyroda „objawów ucisku mózgu".

A teraz dochodzimy do ostatniego punktu, do tłomaczenia t. z. „objawów uciskowych". Ponieważ występują one w pełnym szeregu przy wtłaczaniu płynu do czaszki, któréj, jak widzieliśmy, naczyń włosowatych mózgu nie uciska, a zatem nie wytwarza niedokrewności mózgu, przeto nie mogą one być następstwem ucisku naczyń włosowatych mózgu, jak to chce nauka dawna.

W jaki więc sposób infuzyje czaszkowe wywołują „objawy ucisku mózgu"? Łatwo znajdziemy odpowiedź na to pytanie, jeśli sobie uprzytomnimy bliższe momenta, w których one powstają. Powstają one w chwili, w któréj płyn infuzyjny dostaje się do żył. Każde przepełnienie żył prowadzi, jak wiadomo, do przejścia cieczy z żył do naczyń limfatycznych, a jeśli i te już więcéj cieczy przyjąć nie mogą, wtedy ciecz ta nagromadza się w intersticyjach tkanek. W ten sposób powstaje obrzęk mózgu. Że tak rzecz się ma rzeczywiście, z łatwością można się przekonać, jeśli roztwór soli używany do infuzyj zabarwimy nieco barwikiem błękitnym, a wtedy widzimy rozlane zabarwienie to na wielkich przestrzeniach mózgu. Jeśli więc przy infuzyjach czaszkowych dostaje się ciecz przesączynowa w przestwory tkanki mózgowéj, to nie będziemy się dziwić, że delikatne i bardzo czułe składniki nerwowe do tego nieprzyzwyczajone zostają drażnione i następnie skutkiem przedrażnienia zabite.

Że tylko drażnienie a nic innego wywołuje *nystagmus*, zaburzenia w oddechaniu i w tętnie, a wreszcie drgawki — że następnie to drażnienie od pewnego stopnia skutkiem przedrażnienia może wywołać porażenie, śpiączkę i śmierć, to w innych wcześniejszych pracach dostatecznie wykazałem.

A że t. z. objawy uciskowe są w rzeczywistości tylko objawami drażnienia mózgu, najlepiéj dowodzą infuzyje powietrza do żył czaszki i ztąd powstające zatorowanie prawego serca z nagłem opadnięciem parcia w tętnicy szyjnéj (zamiast podniesienia się parcia w tętnicy, które ma miejsce po infuzyjach czaszkowych); zupełnie tak samo działa, jak infuzyja roztworu soli do czaszki albo wody z kropelką amoniaku do tętnicy szyjnéj. A teraz mamy także klucz do wytłomaczenia właściwego zachowania się parcia tętniczego podczas infuzyj czaszkowych, które, jak widzieliśmy, nie daje się tłomaczyć przypuszczeniem mechanicznych zaburzeń w krążeniu mózgu.

Te zmiany bowiem parcia tętniczego nie mogą być niczem innem, jak tylko wynikiem drażnienia aparatów naczynioruchowych leżących w rdzeniu przedłużonym. A szczególny dowód na to leży nie tylko w fakcie, że zmiany w parciu tętnicy szyjnéj wywołane wtłaczaniem płynu do

czaszki nie zależą od stopnia parcia tegoż, tylko zależą jedynie od stopnia drażnienia mózgu podczas takich infuzyj.

A o tym fakcie jeszcze naoczniéj przekonać się można, że zmiana w parciu tętniczem jest tylko ojawem drażnienia mózgu. Jeśli bowiem wstrzykniemy do jednéj tętnicy szyjnéj rozczyn soli kuchennéj amonijakalny, to przy rysowaniu parcia w tętnicy drugiéj otrzymamy taki sam obraz, jak przy infuzyi płynów do czaszki.

Z tego powodu możemy śmiało twierdzić, że wszystkie objawy t. z. „uciskowe mózgu“ są następstwem zwykłego drażnienia mózgu.

Jeśli więc w krótkości zastanowimy się nad działaniem płynu dostającego się do czaszki, to jest takowe następujące. Skoro tylko płyn ten przewyższa parcie w żyłach, to dostaje się do żył i takowe przepełnia. Jeżeli żyły przepełnione nie są już w stanie tę ciecz wtłoczoną do czaszki z takowéj odprowadzić, w takim razie musi się ona dostać do naczyń limfatycznych. W chwili, gdy i te już nie mogą więcéj w sobie pomieścić, to dostaje się ciecz do przestworów międzymiąższowych i powstaje obrzęk mózgowy. Elementa nerwowe do obcego płynu nieprzyzwyczajone zostają draznione, a jeśli drażnienie zbyt wysokiego dosięgnie stopnia, to musi doprowadzić skutkiem przedrażnienia do porażenia i powstają objawy, które stara nauka uważała za objawy ucisku mózgu, a które, jak właśnie wykazaliśmy, nie są niczem innem jak zwykłemi objawami drażnienia (*nystagmus*, zwolnione tętno, wymioty, kurcze) i porażenia (śpiączka i śmierć).

4. Zasady leczenia t. z. objawów uciskowych mózgu.

Jeśli więc obecnie jest rzeczą pewną, że tak jak ciecz mózgo-rdzeniowa, także żadna inna ciecz w czaszce się znachodząca nie może dosięgnąć parcia naczyń włosowatych mózgu, jeśli tem samem niemożebną jest niedokrewność mózgu, którą wywnioskowano z fałszywie postawionych teoretycznych premis — jeśli jednem słowem nauka dawna o ucisku mózgu we wszystkich twierdzeniach i wnioskach jest fałszywą; to muszą się także zmienić zasady leczenia, które dotąd panowały, aby ze skutkiem można na podstawie dzisiejszéj nauki walczyć przeciwko owym objawom.

W jaki sposób to się stać ma, zaraz zobaczymy, jeśli w miejsce dawnéj nauki o ucisku mózgu postawimy to, co wykazały nasze badania. A przedewszystkiem musimy sobie uprzytomnić, że co nauka dawna uważała za ucisk mózgowy są to dwie zupełnie różne sprawy patologiczne mózgu, a mianowicie: 1) Działanie ognisk śródczaszkowych zmniejszających częściowo jamę czaszki i 2) działanie patologicznych płynów wypełniających mniéj lub więcéj przestrzeń między czaszką a mózgiem. Co do pierwszéj to rzeczywiście **uciskają** istotę mózgu i można, jak to wykazałem doświadczalnie, ze względu na działanie tego ucisku rozróżnić trzy stopnie:

Pierwszy stopień obejmuje te uciski czyli zmniejszenia objętości jamy czaszkowéj, które istota mózgu znosi **bez wszelkich zaburzeń w czynności.**

Trzecim stopniem nazwałem ucisk, który działa już jak uraz i który niszczy uciśniętą tkankę mózgową. Wszystkie stopnie ucisku leżące między pierwszym a trzecim stopniem nazwałem **stopniem drugim**. Ten jest ze wszystkich najważniejszym, ponieważ wywołuje szereg zaburzeń w czynności mózgu bardzo charakterystycznych.

Jeśli ten drugi stopień ucisku działa na sferę ruchową mózgu (płaty czołowe), to wywołuje w przeciwnéj stronie napady drgawek klonicznych, potem objawy spastyczne, a wreszcie porażenia połowicze. Jeśli ucisk działa na sferę oka (t. z. *unteres Scheitelläppchen*), wywołuje zaburzenia w ruchowych innerwacyjach i odżywieniu oka.[1])

Jest to ważną właściwością wszystkich działań ucisku **drugiego stopnia**, że, jak to wykazałem, z **usunięciem ucisku znowu znikają**. A fakt ten pokazuje terapii najracyjonalniejszą drogę i poucza jak naturalnym bardzo środkiem można usunąć kurcze lub porażenia połowicze powstałe skutkiem ucisku.

Drogą tą jest usunięcie operacyjne ogniska uciskającego. Z jakim skutkiem na podstawie moich badań operacyję tę wykonano, to uczą prace takich chirurgów, jakim jest Gussenbauer i Albert, tego pouczają nas świetne wyniki operacyjne na tem polu i tych chirurgów, którzy mniemali, że powiększą swe zasługi przemilczając te prace, które im dały pochop na tem polu.

Co się zaś tyczy działań nieprawidłowych płynów, które się mogą znajdować w jamie czaszki, to badanie nasze wykazały, że takowe przeciwnie, jak dawna nauka twierdzi, parcia śródczaszkowego nie podwyższają, tylko że takowe za**pełniają żyły śródczaszkowe i sprowadzają obrzęk mózgu.**

Z tego wynika, że metoda, podana przez naukę dawną, jakoby należało dla usunięcia działania takiego nagromadzenia się płynów w jamie czaszkowéj zmniejszyć napięcie zawartości jamy czaszkowéj trepanacyją, jest nie racyjonalną.

Przekrwienia żylne i powstałe ztąd obrzęki zastoinowe dają się tylko usunąć za pomocą zmniejszenia napięcia w żyłach a nie przez wypuszczenie płynu przesączynowego, gdyż obrzęki zastoinowe są następstwem podwyższonego parcia w żyłach i dlatego ciągle na nowo tworzyć się musi, jak długo nie jest usuniętem nieprawidłowe parcie w żyłach. Z tego też powodu **przy patologicznych wysiękach w czaszce nie jest wskazana trepanacyja, ale jedynie upust krwi żylnéj.**

Krótkiemi słowy: moje objawy uciskowe (ścieśnienie istoty mózgowéj drugiego stopnia: *hemiclonus, hemiplegia, spasmus, tremor, paraplegia)* muszą być leczone na drodze operacyjnéj. — Moje objawy zaś drażnienia i porażenia mózgu (*nystagmus, vomitus, pulsus retardatus, respiratio irregularis, coma)* muszą być leczone za pomocą upustu krwi (*venaesectio*).

III. Z oddziału położniczo-ginekologicznego prof. Dra Madurowicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Przyczynek do kwestyi rozstępowania się połączeń stawowych kości miednicowych podczas porodu.

Podał
Dr. Władysław Harajewicz,
sekundaryjusz tego oddziału.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48).

9/1 r. 39—96, w. 40·8—116. Stan płuca znacznie lepszy. Brzuch prawie nie rozdęty. Warga sromowa sklęsła,

[1]) Właściwości motoryczne sfery wzrokowéj po raz pierwszy przezemnie wykazane (*Patholog. der Hincompression Si-*

twarda. Po południu silny dreszcz ½ godziny trwający, poczem poty obfite i silniejsza gorączka. Czyszczenie ustało. 10/1 38·5—96, w. 40—116. W nocy znowu silne dreszcze i poty. Śledziona niemacalna. W wardze prawéj utworzył się otwór, od przodu i u góry, wielkości fasoli, prowadzący do jamy po wynaczynieniu. Odpowiednio do tego miejsca od wewnątrz powierzchnia nekrotyczna wielkości paznogcia małego palca. Założono do otworu i na ten nekrotyczny wrzód gazę jodoformową. Okład z octanu. Na noc koniak, winna pol. i *Dec. cort. chinae.* 11/1 r. 39·5—100, w. 38·6—120. Badanie zewnętrzne jamy brzusznéj, oprócz wypociny, która się nie zmniejszyła, wykazuje zwinięcie się macicy dobre, chociaż ta zawsze na lewo zbacza. Z otworu w wardze prawéj wydobywa się ciecz brudna, nie cuchnąca. W miejscu nekrotycznego wrzodu na wewn. powierzchni wargi utworzył się szparowaty otwór, drążący również w głąb i ku górze. Jamę przestrzykano kreoliną i założono gazę jodoformową. Wieczorem lekkie dreszcze. 12/1 r. 38·3—112, w. 40—120. Wypocina po stronie prawéj, nad więzem Pouparta twarda, bolesna. Brzuch cały nic prawie nie wzdęty. W płucu stan dobry. Z otworów w wardze prawéj wydobywa się ciecz mętna, biaława, bez odoru. Przestrzykano jamę jak wczoraj i założono gazę jodoform. Mocz jak dawniéj oddaje bezwiednie. 13/1 r. 38·5—96, w. 39·5—114. Osłabienie znaczne, chociaż stan miejscowy tak w narządzie rodnym jak i w płucach nie uległ zmianie. 14/1 r. 37·8—100, w. 38·5—116. Chora czuje się lepiéj. Mocz odchodzi bezwiednie tylko podczas kaszlu, zresztą oprócz znaczniejszego osłabienia stan jednaki. 15/1 r. 37—96, popoł. 37—110, w. 39—116. Chora swobodniejsza, żąda pokarmu stałego, gdyż dotychczas otrzymywała tylko strawę płynną. Stan zresztą niezmieniony. Wieczorem biegunka silna, mocz znowu bezwiednie oddaje. W nocy 40—128. 16/1 r. 38·3—84, w. 39·6—110. Macica na 2 palce nad spojeniem jeszcze wymacalna. Ubytki na wardze prawéj czyste, wydzielają skąpą ilość cieczy mlecznéj. Wieczorem chora bardzo niespokojna, chce z łóżka wstawać. Dozór polecono czujny. Lewatywa z *laudanum.* 17/1 r. 38·5—104, w. 38·5—120. Wprawdzie nie spała, mimo lewatywy, ale była spokojną. Osłabienie coraz większe. Wino i koniak daléj. 18/1 r. 38·8—120, w. 40—136. Tętno bardzo liche, małe. Chora prawie nieprzytomna, skarży się jednak na ból w boku prawym. Badanie oprócz osłabienia i szmerów po przebytem zapaleniu nie wykazuje nic zresztą nieprawidłowego. 19/1 r. 40—120, w. 39·6—120. Tętno liche bardzo. Z otworów w wardze prawéj wydobywa się ciągle ciecz koloru barwy mlecznéj. Sonda wprowadzona natrafia na obnażoną, chropowatą kość, jako dolny brzeg kości łonowéj prawéj do spojenia przylegającą. Środki podniecające daléj i przestrzykiwanie jamy około spojenia łonowego. 20/1 r. 39·8—120, w. 39—100. Chora nie spała, majaczy. Mocz i stolec oddaje pod siebie. Na lekarską naradę wezwany prof. Obaliński potwierdził przypuszczanie rozstępu w spojeniu łonowem. W obec osłabienia choréj ograniczyła się terapija do podtrzymywania i wzmacniania sił upadających. Odtąd stan coraz gorszy. Gorączka rano opada, nieraz do 37, aby wieczorem wyjść na 40 i wyżéj, gdy tętno coraz mniejsze i słabsze, język suchy i niczem nie dająca się uspokoić biegunka, wyraźnie zakażenie ogólne wskazywały, wystąpił obrzęk płuc, który wśród wyczerpanych już sił choréj i degeneracyi serca sprowadził 29/1 1890 zejście śmiertelne.

Rozpoznanie brzmiało: *Partus-Forceps alta. Infractio cranii infant. Haematoma vulvae. Diastasis symphysis oss. pub. Exsudatum parametricum dextr. Pneumonia. Sepsis. Oedema pulmonum.* Rozpoznanie anatomiczne: *Sepsis, Endometritis puerperalis, Rhagades cervicis uteri ad fornicem posteriorem. Vaginitis diphtheritica. Involutio completa uteri. Exsudatum septicum parametriticum insigne. Diastasis symphyseos oss. pubis. Caries praestans utriusque ossis pubis. Anaemia cerebri etc. etc. Tumor lienis subacutus — processus puerperalis.* Dalszy opis sekcyi brzmi: Macica dochodzi wielkości gruszki, ściany jéj dobrze zwinięte, na błonie śluzowéj jamy rozpulchnienie, silniejsze nastrzykanie, obok gęstego śluzu. Na tylnéj ścianie szyjki macicznéj 3 szczeliny, podłużne, prawie całą długość szyjki zajmujące, pokryte strupem zaschłym, sięgają w głąb mięśni. Cała pochwa rozszerzona, w górnéj części wypełniona tamponem, a odpowiednio błona śluzowa zgrubiała, zaschnięta. W dolnéj części pochwy, tuż powyżéj szpary sromowéj, na tylnéj ścianie, na powierzchni 20 centów wrzód, o brzegach i dnie nierównem, masami zielonkowatemi pokryty, dość powierzchowny. Na około macicy i tkanki przedpęcherzowéj naciek posokowaty, cuchnący. Naciek ten dochodzi z przodu do tkanki podpęcherzowéj, powyżéj spojenia łonowego od tyłu zajmuje tkankę w miednicy małéj, około odbytnicy, nienadwerężając takowéj, od boku prawego (dochodzi z góry do *linea innominata*), opuszcza się wzdłuż kanału udowego i zajmuje górną wewnętrzną część uda, na wielkość dłoni dziecka, popod więz Pouparta, od góry zaś przechodzi na talerz biodrowy prawy, aż pod nerkę prawą, tak że dolna powierzchnia prawéj nerki, stanowi górną ścianę i część przodkowéj jamy, wypełnionéj naciekiem posokowatym ze skrzepami obfitemi zmięszanym, a poza otrzewną umieszczonéj. W nacieku tym, który wszędzie okazuje komunikacyje, umieszczone są obie kości łonowe, które są pozbawione okostnéj i okazują powierzchnię nierówną, powyżeraną. Obie kości łonowe w miejscu spojenia okazują rozstęp. Naczynia tak maciczne, jakoteż i udowe nie okazują zmian. Podobnie zachowuje się i pęcherz zupełnie prawidłowy. Jeżeli przebieg choroby mógłby dawać powód do przyjęcia zakażenia połogowego *par excellence* i przypisania takowemu zejścia śmiertelnego położnicy, to wynik sekcyi i téjże protokół, chociaż wspomina o *endometritis puerperalis,* stanowczo jednak wyklucza połogowy proces zakaźny. Przez *endometritis puerperalis* rozumieć w tym razie należy niejako prawidłowy stan błony śluzowéj macicy, która jeszcze nie wróciła całkowicie do stanu dawnego, tak jak przez *endometritis glandularis* rozumiemy stan prawidłowy błony śluzowéj macicy wśród ciąży. Tem bardziéj zaś, że naczynia tak w ścianach saméj macicy, jakoteż i w jéj otoczeniu, zupełnie prawidłowo się zachowywały, dowodzi, iż ztąd zakażenie nie wzięło swego początku i że tego kolosalnego zniszczenia połogowemu zakażeniu przypisywać nie można. Septycznego procesu nie przeczę, bo ten istniał i ten był przyczyną śmierci, ale nie szukam początku jego w macicy lub szyjce, ale w osobnem ognisku do okoła spojenia łonowego usadowionem, które przez masę krwi do tkanin wynaczynionéj, jako najlepszéj pożywki dla mikroorganizmów, dało pole do rozwoju tychże. Mogły one tam dostać się z pochwy, że jednak bezpośredniéj komunikacyi nie było, należałoby przeto pośrednią drogę przyjąć. Szczeliny w szyjce, o których daléj protokół sekcyjny wspomina, pokryte suchym strupem, również nie noszą zakaźnego piętna. Inna jednak rzecz dyfterytyczny wrzód w pochwie. Ten wszakże umiejscowieniem swojem wskazuje, iż powstał przez zakażenie może drobnéj jakiéj ekskoryjacyi przez spływającą z góry zakażoną wydzielinę zatorów prowadzących do jamy posokowatą zawartością wypełnionéj. Charakter zaś i wejrzenie tego wrzodu dowodzi, iż początek jego nie od dawna się datuje. Wśród tego wszystkiego chora leżała prawie cały miesiąc. Odchody zrazu brudne i nieco cuchnące szybko oczyściły się całkiem i stały się bezwonnemi, prawidłowemi. Otrzewna nie była wcale zaatakowaną i lewe *parametrium* wolne. Te więc dane i przebieg cały choroby, wskazujący na powolne rozwijanie się procesu septycznego w tkance łącznéj miednicowéj, skłaniają mnie do wykluczenia w tym przypadku ogólnego zakażenia połogowego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

---

tzungsber. d. Wiener Akad. der W. 1883, Bd. 88, S. 337), w nowszych czasach zostały stwierdzone w laboratoryjum Munka, jak się zdaje bez znajomości méj pracy.

IV. Dalsze przyczynki do chirurgii jelit.

O pięciu resekcyjach jelit.

Podał
Dr. Roman Barącz we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48).

Przebieg pooperacyjny: Trupia bladość twarzy, tętno nitkowate 120; wstrzyknięto 6 strzykawek eteru octowego, poczem tętno pełniejsze. Ordynacyja: ścisła dyjeta (wino i lód), krople opijowe, ciepłe bańki w nogi. 8-ma godzina wieczór: wyżył około 20 kropli opijowych z powodu znacznego niepokoju (podrażnienie otrzewnéj), uskarżał się na ból po ocuceniu z uśpienia. Wieczorem senny, majaczy; żadnego bolu nie ma; tętno 120, słabe, ledwo wyczuwalne, ciepłota 36—37°, wargi blade. Po wstrzyknięciu 6 strzykawek eteru siarkowego i podaniu wina tętno nieco pełniejsze. Dnia 18/9 godzina 9 ta rano: W nocy był niespokojny, zrywał się z łóżka i wymiotował 6 razy. Tętno nie wyczuwalne; śpiączka. Chory umarł o godzinie 12-téj w połndnie.

Sekcyja wykonana 19 września wykazała: Po otwarciu jamy brzusznéj w linii białéj, nie można spotrzedz śladów wypociny włóknikowéj ani ropy w błonie surowiczéj ściennéj; jelito gładkie połyskujące. Okrężnica zstępująca, poprzeczna i wstępująca zwężone do grubości palca wielkiego u ręki przebiegają w miejscach prawidłowych. Brak miejsca enterorafii w okrężnicy zstępującéj, brak jelita ślepego i wyrostka robaczkowego; w miejscu tem napotkano część zeszytą jelita. Przy dokładniejszem obejrzeniu okazuje się, że początek jelita grubego t. j. jelito ślepe jest zeszyte z końcem jelita cienkiego. Brak pokładów włóknikowych w miejscu enterorafii. W kresce w miejscu podwiązania nieznaczne podbiegnięcie krwi pod błoną surowiczą; również podobne podbiegnięcia otrzewnéj w miejscu szwu takowéj; rana na całym przebiegu zlepiona. Nerki niedokrewne, zresztą prawidłowe. Moczowód lewy w dnie rany lędźwiowéj daje się łatwo odszukać jako białe pasmo grubości pióra kruczego. Wątroba niedokrewna, torebka jéj zmętniała, wielkości prawidłowéj. Śledziona prawidłowéj wielkości, torebka jéj zmętniała. Płuca trzeszczą przy przekrawywaniu, niedokrewne; górny płat płuca prawego przyrośnięty do opłucnéj żeber za pomocą łącznotkankowych zrostów, serce prawidłowe. Jamy czaszkowéj nie otwierałem. Brak jakichkolwiek przerzutów. Gruczoły kreskowe nie powiększone.

Badanie drobnowidowe kawałków wyciętego nowotworu okazywało utkanie złożone w całości z drobnych okrągłych komórek, miejscami okazujących wyraźne jądro; gdzieniegdzie tylko widoczny wąski pasek włóknisty tkanki łącznéj. Rozpoznanie anatomiczne: *Sarcoma parvocellulare.*

Sekcyją stwierdzono w tym przypadku, że tak jelito ślepe zawierające guz, jak i okrężnica zstępująca leżały po jednéj, lewéj stronie brzucha — pierwsze nad ostatnią, przez co *coecum* wzięto za *colon descendens* i myślano, że resekowano *colon descendens.*

Zastanówmy się najpierw nad każdym z powyżéj opisanych przypadków.

Przypadek 1-szy jest z wielu względów ciekawy. Po pierwszéj resekcyi wykonanéj w stanie septycznym chorego powstaje w kilka dni po resekcyi przetoka kałowa w następstwie rozejścia się szwów, lub obumarcia przybrzeżnnéj części, która goi się na pewien czas, następnie po upływie miesiąca otwiera się na nowo, prawdopodobnie z powodu nieodpowiedniego zachowania się chorego, w znacznéj części jednak z powodu wytwarzającego się zwężenia (ostrogi) w miejscu enterorafii i położenia przetoki w dolnéj części jelita cienkiego. Przetoki téj nie można było usunąć ani przez kilkakrotne wykonanie plastyki, ani przez zeszycie odświeżonych brzegów jelita sposobem Denonvilliera; dopiero następowa typowa resekcyja usuwa ją doszczętnie i czyni chorego zdolnym do zajęć fizycznych. Chory przebywa 3 laparatomije i 3 plastyki.

Przypadek 2-gi dotyczy zgrzybiałego starca, osłabionego objawami niedawno przebytych uwięźnięć z perforacyją części uwięźniętéj. Częściowa resekcyja daje zupełnie korzystny wynik; operacyja doszczętna z kastracyją leczy cierpienie trwale, gdyż nieznaczna recydywa przepukliny nie sprawia choremu prawie żadnych dolegliwości w porównaniu z temi, jakich doznawał przed operacyją (znaczna ewentracyja). Odnośnie do tego przypadku może nas spotkać zarzut, dlaczego nie ograniczono się do wwinięcia części obumarłych i zeszycia jelita w tem miejscu szwem Lemberta; wykonalem resekcyję częściową, ponieważ miejsca przedziurawienia i zgorzeli leżały blisko siebie na linii obwodu jelita, obawy więc zwężenia po resekcyi nie było, a powtóre dlatego, ponieważ przy szyciu część ujęta w szew, będąca na obwodzie jelita, mogłaby była uledz następowéj zgorzeli.

W przypadku trzecim zejście niekorzystne przypisać muszę powikłaniu ropniami pomiędzy pojedyńczemi pętlami w następstwie dawniéj przebytego zapalenia otrzewnéj; prawdopodobnie w następstwie przebicia ropnia do jamy otrzewnéj wystąpiło ogólne, ostre, ropno-włóknikowe zapalenie otrzewnéj. Możliwem też jest zanieczyszczenie ostatniéj podczas operacyi właśnie otwarciem 2 takich ropni. Wykluczyć muszę stanowczo w tym przypadku rozejście się szwów lub zgorzel przybrzeżną miejsca enterorafii, albowiem po obustronnem podwiązaniu jelita powyżéj i poniżéj miejsca szwu, wypełnieniu wodą takowego i uciskaniu słupa wody ani kropla ostatniéj nie przeszla w miejscu szwów.

Przypadek 4-ty jest najbardziéj ciekawym. Przedewszystkiem podnieść muszę trudności rozpoznawcze. Uderzającym jest brak uporczywego zaparcia stolca, który to objaw w wszystkich niemal przypadkach nowotworu kiszki zauważyć się daje. Wytlómaczyć zaś sobie można objaw ten ściennem usadowieniem nowotworu. Ruchomość znaczna wywołaną była wgłębieniem i podatnością kreski, która znacznie była wydłużoną; ścięgniste zrosty części wgłobionéj z wgłobiającą jako następstwo miejscowego zapalenia otrzewnéj przyczyniły się do powiększenia pojemności guza, a tem samem zwiększenia ruchomości. Cięcie lędźwiowe ukośne (jak do nefrektomii zaotrzewnowéj) okazało się jako bardzo wygodne do wyłuszczenia nowotworu w tym przypadku. Jako przyczynę zejścia śmiertelnego uważać tu należy utratę sił chorego, zaczem przemawia znaczny już upadek sił przed operacyją i brak śladów zapalenia otrzewnéj przy nekroskopii, brak przybrzeżnego obumarcia jelita w miejscu resekcyi i brak rozejścia się szwów. Ciekawem jest znaczne przesunięcie wgłobionego jelita ślepego na stronę lewą brzucha i położenie guza po téjże stronie brzucha; stąd właśnie wynikły trudności rozpoznawcze, rozpoznanie w tym przypadku możebnem było dopiero przy nekroskopii. Odprowadzenia nie próbowano z powodu silnych zrostów części wglobionéj z wgłabiającą i obawy naddarcia jelita.

Statystykę pierwotnéj resekcyi jelita w obec zgorzeli tychże i w obec odbytnicy nienaturalnéj uwzględniłem dokładnie w poprzedniéj mojej pracy (p. Przegl. Lek. 1886 Nr. 41 str. 509 i nast.), nie chcę się więc tu bliżéj nad nią zastanawiać. Dodam tylko, że według ostatniéj statystyki p. Reichla z Wrocławia na 121 resekcyj wyleczenie nastą-

piło w 57, zejście śmiertelne w 58, w 5 pozostała przetoka kałowa trwała, a w 1 jest wynik nieznany. Procent wyzdrowień wynosi zatem 47·2%, procent śmiertelności 47·8%. Na tem miejscu chcę podać przystępne mi daty statystyczne, dotyczące resekcyi jelita grubego wobec nowotworu tegoż.

(Dokończenie nastąpi.)

V. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Proff. Nencki i Sahli (Berno): **Enzymy w terapii.**

Wobec rozgłosu, jakiego nabrały doświadczenia Kocha nad leczeniem gruźlicy, niezmierną wagę posiada ogłoszenie pod powyższym tytułem, podane przez autorów w ostatnim Nrze *Gazety Lekarskiéj*. Enzymy (fermenty rozpuszczalne) są produktem ustrojów żyjących, i nie ma ustroju, któryby ich nie wytwarzał; ustroje najniższe, jak wodorosty i grzybki rozszczepkowe wytwarzają najsilniejsze enzymy. Istoty te są bardzo trujące, a skład ich okazuje charakterystyczną niestałość, któréj właśnie zawdzięczają, zdaniem autorów, swe działanie. Z powodu ciągłych zmian, jakie w nich zachodzą, są enzymy prawdopodobnie jedną z tych broni, któremi ustrój zwierzęcy posługuje się w walce z mikrobami chorobotwórczemi, które do ustroju wtargnęły. Enzymy powstające w przewodzie pokarmowym, podobnie jak peptony, nie przedostają się jako takie do krwi obiegu, albo w małéj tylko ilości, ztąd narządy leżące poza przewodem pokarmowym wśród prawidłowych stosunków nie ulegają działaniu trującemu enzymów. Jeżeli jednak narząd jakiś zagrożony jest wtargnięciem mikrobów chorobotwórczych, to możemy się spodziewać, że przez doprowadzenie enzymów wesprzemy tkankę w walce z drobnoustrojami. Pomyślne działanie streptokoków róży na przebieg nowotworów złośliwych zależy też prawdopodobnie od działania enzymów, wytwarzanych przez koki róży. Znane również są badania, które wykazały, że wstrzykiwanie rozpuszczalnych produktów przemiany materyj pewnych mikrobów czynią ustrój zwierzęcy odpornym na działanie tych mikrobów.

„Wychodząc z tego punktu zapatrywania się — kończą autorowie — i po wykonaniu prób koniecznych na zwierzętach, przedsięwzieliśmy szereg prób w rozmaitych postaciach chorób. Spostrzeżenia nasze i wnioski, wypływające z doświadczeń na zwierzętach i ludziach, ogłosimy później. Przyczyną tego, że dziś już ogłaszamy poglądy, na zasadzie których rozpoczęliśmy te badania, jest ta okoliczność, iż pojawiła się praca prof. R. Kocha p. t. „*Weitere Mittheilungen über ein Heilmittel gegen Tuberculose*“. W pracy téj mało podano wskazówek, dotyczących własności chemicznych środka leczniczego; z drugiéj strony jednak, z powodu podobieństwa jego działania fizyjologicznego przy podskórnych wstrzykiwaniach można przypuszczać, iż szczepionka Kocha może być właśnie takiem ciałem, podobnem do enzymów lub peptonu. Przypuszczenie to tembardziéj myśli naszéj się nasuwa, że już więcéj niż przed dwoma laty w pracowni naszéj Dr. Hammerschlag, pracując nad składem chemicznym laseczników gruźliczych, izolował z ciała tychże drobnoustrojów substancyję podobną do albumozów i obdarzoną silnie trującemi własnościami. *Dr. Beck.*

VI. Z międzynarodowego lekarskiego zjazdu w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48.)

W całem słowa tego znaczeniu świetną była wystawa lekarska urządzona przez komitet umyślnie w tym celu wybrany, w gronie którego napotyka się najznakomitsze imiona znane na polu naukowem. Podziwiać też należy skrzętność, z jaką na przeciąg 10 dni zaledwie urządzono wspaniałą wystawę i zdumionym oczom świata lekarskiego, zebranego z całéj kuli ziemskiéj, przedstawiono ostatnie wyniki postępu nauk lekarskich, wyjaśniono przystępnie metody badania oraz rozliczne przyrządy do tego celu służące.

Katalog o 194 stronicach wraz z osobnym działem inseratowym znów o 136 stronicach stanowił cenny drogoskaz wśród mnóstwa nagromadzonych przedmiotów, które podzielono na 22 grup. Wyliczenie tychże wskaże łaskawym czytelnikom, że wystawa objęła cały obszar medycyny i jak w kalejdoskopie przesuwała przed oczyma publiczności obrazy, świadczące o nieznużonéj pilności i genialnych zarazem pomysłach w zakresie pracy, mającéj na celu przyniesienie skutecznéj ulgi w przykrych cierpieniach trapiących ludzkość całą.

Pierwszą grupę stanowiły okazy, należące do techniki i mikrologii lekarskiéj (*Praecisions-Mechanik*), drugą wypełniały rozliczne przyrządy i barwiki oraz preparaty, obejmujące zakres bakteryjologii; do trzeciéj zaliczono okazy wchodzące w zakres fotografii zastosowanéj do celów lekarskich.

Następne grupy dzieliły się już według pojedynczych gałęzi lekarskich, a więc farmakologija i farmacyja, przetwory służące do żywienia, chirurgija, medycyna wewnętrzna, akuszeryja i ginekologija, oftalmologija, otyjatryja, laryngologija i rhinologija, dentystyka, elektroterapija, ortopedyja i gimnastyka lecznicza, urologija, pielęgnowanie chorych, służba zdrowotna wojskowa, higijena, statystyka lekarska, preparaty, modele: okazy służące do nauki klinicznéj lub anatomicznéj, balneologija i dzieła literackie z zakresu medycyny: oto liczny poczet samych grup, na których zapełnienie złożyło się 1103 wystawców.

Powszechną uwagę zwracał na siebie dział wystawy zapełniony okazami dostarczonemi przez ces. urząd zdrowotny, który zajął dla siebie najcelniejsze i obszerne miejsce w samym środku głównego gmachu wystawowego i udekorował takowe chorągwiami i emblamatami państwa niemieckiego. Tutaj widzieć można było liczne przyrządy, używane do prac naukowych, których dokonano w części higienicznéj, chemicznéj i bakteryjologicznéj urzędu zdrowotnego, mapy odnoszące się do statystyki lekarskiéj, różne wydawnictwa naukowe, wychodzące nakładem tegoż urzędu, zbiór preparatów mikroskopijnych i kultur z zakresu bakteryjologii, zbiór nowych leków, olejków eterycznych i przetworów już to czysto chemicznych, już to chemiczno-farmaceutycznych. Preparaty mikroskopijne i kultury bakteryj odznaczały się czystością i dokładnością pod względem wykonania, a kultury mikroorganizmów dostrzeganych w szkarlatynie (płonicy), oraz w influenzy (streptokoki), lasecznik krwotoczny (*Bacillus haemorrhagicus*), a wreszcie przetwory chemiczne wytworzone po największéj części na drodze syntetycznéj, a identyczne z wytworami skutkiem działania bakteryj, jakoto: Cholin, Betain, Skatol, Tyrozyn, Leucyn i Toxopepton na pożywkach czekoladowych — budziły jako nowość wielkie zainteresowanie.

Przy mikroskopach zastosowano ogrzewanie podstawek mieszczących preparaty (*Objekttisch*). Z różnych przyrządów wspomnieć mi wypada o aparacie Dra Petziego, służącym do wyjałowienia (sterylizacyi) za pomocą pary wodnéj, różne przyrządy, służące do badań wody, zwłaszcza jeżeli tę wodę bierze się zdaleka i zamierza zbadać pod względem bakteryjologicznym, przyrządy do oznaczania fuzlu w spirytusie i t. d. Pouczającym był również zbiór grzybów, zakonserwowanych według metody obmyślanéj w urzędzie zdrowotnym. Przetwory chemiczne i leki, ugrupowane odpowiednio, zostały wystawione przez różne firmy, jak słynna firma E. Merka w Darmstadzie, wytwarzająca bardzo piękne preparaty chemiczne, odznaczające się niezrównaną czystością i niezawodnem działaniem — firma Gehe et Comp. w Dreźnie z najnowszemi wynalazkami na polu leczniczem, Schimmel et Comp. w Lipsku ze zbiorem olejków eterycznych — Boehringer w Waldhofie z przetworami kodeiny i dyuretyny, Knoll et Comp. w Ludwigshafen z przetworami chinowemi i kokainą itd. Instytut farmakologiczny uniwersytetu berlińskiego pomnożył swemi okazami również bogate zbiory, wystawione przez urząd zdrowotny. Celem naocznego wykazania swéj pożytecznéj działalności obdarzał urząd ten czytelników

kongresu osobnym jeszcze katalogiem i wykazem znamienitych prac naukowych, ogłoszonych przez licznych współpracowników, którzy pod kierunkiem Kocha posuwają naprzód naukę lekarską, wyjaśniając różne tajniki z zakresu zwłaszcza chorób zakaźnych!

W dziale obejmującym instrumenta chirurgiczne i opatrunki wszelkiego rodzaju odźwierciedla się wybornie przewrót, jakiego pod wpływem nowszych zapatrywań naukowych i postępów na polu bakteryjologii doznała ta ważna gałąź medycyny. Obecnie nie wystarcza już antyseptyka, gdyż dąży się do ideału na polu chirurgii, t. j. do aseptyki. To też znikają coraz to bardziéj rękojeści instrumentów robione z drzewa, rogu, szyldkretu lub kości słoniowéj, a pojawiają się natomiast narzędzia, robione z jednéj sztuki metalu, o ile można z zaokrąglonemi końcami i kątami, łatwo dające się rozebrać i wyczyścić, oraz wytrzymujące wysoką ciepłotę w piecykach sterylizujących. Powierzchnia niklowana nadaje im połysk i chroni od rdzewienia. Stoły operacyjne również tak są zbudowane, aby składały się z płaszczyzn pojedynczych i dających się łatwo oczyścić, a zarazem chronić mają personal zajęty przy operacyjach od niepotrzebnego powalania! Tutaj pomieszczone są również preparaty anatomo-chirurgiczne, zbiory postrzałów i t. d.

(Dokończenie nastąpi.)

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 4 grudnia. Odkrycie Kocha zajmuje ciągle umysły lekarzy i nielekarzy, jakkolwiek ustąpiło pierwotne oszołomienie, a mniéj już słychać o wycieczkach lekarzy powołanych i niepowołanych do Berlina, krytyka zaś coraz bardziéj podnosi głowę. Koch wszedł na drogę Pasteura i zdaje się, że czeka go ten sam los, co ostatniego; zrazu szczepienie okrzyczano jako środek nieomylny, swoisty, wszystkie przypadki wścieklizny leczyć mający; późniéj pokazało się, że jestto wprawdzie środek bardzo cenny, jednak nie zawsze skuteczny. W każdym razie należy czekać wyroku doświadczenia klinicznego, a dotychczas niema ani jednego przypadku, choćby grużlicy zewnętrznéj, który możnaby uznać za stanowczo wyleczony; wyrok zapadnie dopiero po miesiącach a może po latach.

Gdy jednak posądzono Kocha o przedwczesne ogłoszenie swego odkrycia, a nawet zaczęto targać się na charakter jego z powodu, że środek swój dotychczas trzyma w tajemnicy, nie od rzeczy będzie zdać sprawę z odpowiedzi ministra Goslera, udzielonéj w Sejmie pruskim na interpelacyję Dra Grafa. W przemówieniu ministra mieści się pogląd na historyję odkrycia i formalna obrona niesłusznie podejrzywanego zasłużonego badacza.

W skutek wzmianki uczynionéj na Zjeździe berlińskim — powiada minister — Koch ze wszech stron nagabywany musiał wyjechać z Berlina; powróciwszy wziął się w Charité do doświadczeń na ludziach i na sobie samym; następnie pracował razem z prof. B r i e g e r e m i Drem C o r n e t e m. D. 20 października minister zawiadomiony został przez Kocha, iż sądzi, że znalazł środek swoisty przeciw grużlicy. Chciał on wystąpić ze służby państwowéj, ponieważ uważa badania swoje bakteryjologiczne za ukończone; minister atoli zgodził się tylko na dłuższy urlop. D. 24 października docent E s m a r c h otrzymał zastępstwo, a przez to spadła zasłona tajemnicy. Koch oświadczył gotowość wyjaśnienia ministrowi tajemnicy, czego jednak ostatni nie życzył sobie, obawiając się, że mimowolnie ją zdradzi, natomiast dał mu możność pracowania w klinikach. D. 7 listopada minister naradzał się z Kochem względem sposobu ogłoszenia rzeczy; z obawy przed naśladowaniem nieskutecznem minister sam radził Kochowi i przyjmuje wyłączną odpowiedzialnosć za tę radę, aby ogłoszenie brzmiało tak, jak słynne ogłoszenie Kocha z d. 13 listopada. Jeszcze trudniejsza była sprawa sporządzania środka; dotychczas nie ma jeszcze metody wolnéj od zarzutu, jeżeli się rozchodzi o sporządzanie na wielką skalę. J e ż e l i n a s t ą p i ł a d z i ś n i e j a k a r e a k c y j a p e s y m i s t y c z n a, t o z w i n y n a s z é j i p u b l i c z n o ś c i. Znaczenie naukowe odkrycia musiało niestety ustąpić przed praktycznem. Pod pierwszym względem ważną jest rzeczą, że znaleziono środek, który wprowadzony do obiegu krwi u człowieka żyjącego oddziaływa silnie na t k a n k i g r u ź l i c z e i n a p r ą t k i g r u ź l i c z e.(?) (Że i u Kocha samego reakcyja wystąpiła, było następstwem wysokiéj dawki). Koch sądzi, że odkrycie jego posunie naprzód i chemiję organiczną, a względnie naukę o związkach białkowych, i że z drugiéj strony nie jest wykluczoną możność działania jego i na inne choroby zakaźne. Znaczenie jego rozpoznawcze już nie ulega żadnéj wątpliwości,(?) a może ono rozciągnie się i do perlicy; jeżeli nie przychodzi do reakcyi, tłomaczy się to przez powolniejsze przenikanie środka przez tkanki zbitsze. Działanie uboczne jest bardzo nieznaczne(?), ale za to kwestyja co do zabezpieczenia od choroby *(immunitas)* wykluczoną jest nateraz z pod doświadczeń. Flaszeczki 5-gramowe zawierają płyn wystarczający do 500 injekcyj centigramowych lub 5000 miligramowych, a ponieważ jedna flaszeczka kosztuje 25 marek, więc jedna injekcyja kosztuje 5 a względnie $^1/_2$ feniga. W porozumieniu z Kochem minister zdecydował się na u p a ń s t w o w i e n i e sporządzanego środka. Fabrykacyją zajmie się Dr. L i b b e r t z, a kontrolować ją będzie Dr. P f u h l. Żadna ilość nie będzie wydawaną bez poprzedniego wypróbowania na 2 lub 3 zwierzętach; p o d f i r m ą p a ń s t w a p r u s k i e g o środek wyrobi sobie więcéj zaufania. Kończy minister wyrażając nadzieję, że przyjdzie czas, w którym Koch znajdzie środek i na inne choroby, a wtedy rząd zaprosi narody cywilizowane, aby przysłały swych reprezentantów, celem udzielenia im środka.

Przy téj sposobności stara się minister wytłomaczyć Dra Corneta, który za pierwszą konsultacyję żąda 30 marek, a za każdą injekcyją 10—20 marek, twierdząc, że pieniądze obraca na leczenie ubogich. W końcu podaje, że pewien bogaty obywatel ofiarował Kochowi milijon marek na szpital.

Bardzo słusznie p. minister uwielbia Kocha, ale według słów jego, wypowiedzianych w obec reprezentacyi narodu, zdawałoby się, że w Berlinie zaczyna się świat naukowy i tam się kończy, a jednak zapowiada równocześnie ten sam minister, że wysyła budowniczego do Paryża, celem poznania urządzenia zakładu Pasteura, podczas gdy nie uważa za potrzebne dodać, że myśl szczepienia wyszła od Pasteura, a więc z Francyi.

Zresztą z tem szowinistycznem zapatrywaniem się na odkrycie Kocha nie licują sprawozdania klinicystów. Tak np. prof. wiedeński D r a s c h e wysłany wraz z prof. W e i c h s e l b a u m e m przez Najwyższą Radę sanitarną, ubolewa, że odkrycie Kocha w ogóle zostało ogłoszonem, zanim je klinicznie sprawdzono. Nawet pierwszy przypadek liszaja żrącego, szczepiony w Berlinie, w ostatnich dniach doznał pogorszenia; zwraca następnie uwagę, że reakcyja ze strony mózgu, płuc i krwi jest czasem bardzo groźną, a pożądanem jest, aby narzędzia do tracheotomii były pod ręką. Dlatego też środek Kochowski za zwykły środek rozpoznawczy uchodzić także nie może.

Dr. T. H e r y n g powróciwszy z Berlina zdaje krótką sprawę ze swych spostrzeżeń w Nr. 48 *Gazety Lek.* i takowe streszcza w następujących wnioskach: 1) zbyt wczesne ogłoszenie metody Kocha, niedostatecznie potwierdzonéj dłuższą obserwacyją, jest dla niego samego i dla metody szkodliwem; 2) przecenienie jéj przez prasę peryjodyczną narazi mnóstwo chorych na ciężki zawód i dziś jeszcze ze sądem co do leczniczéj wartości należy być ostrożnym; 3) rozpoznawczą jéj wartość dziś już można określić jako dowiedzioną; 4) wyjazd do Berlina ciężko chorym suchotnikom nie przyniesie obecnie żadnéj korzyści, narazi na straty czasu i pieniędzy, a lekarze takim chorym odradzać go powinni.

Rodak nasz, lekarz wojskowy Dr. K o w a l s k i, powróciwszy do Wiednia doniósł, że dnia 2 b. m. lekarze jeneralni wszystkich korpusów wojsk niemieckich zbiorą się w Berlinie, celem poznania metody Kocha i przywiózł zaproszenie, aby i reprezentanci korpusu wojskowo-lekarskiego armii austro-węgierskiéj również na ten dzień do Berlina przybyli.

Na posiedzeniu Najwyższéj Rady sanitarnéj we Wiedniu prof. W e i c h s e l b a u m d. 29 listopada zdawał sprawę z wycieczki swéj do Berlina i w niéj dochodzi do następujących wniosków: 1) Środek leczniczy Kocha wywołuje nadzwyczaj wyraźną reakcyję w razie istnienia w organizmie ludzkim procesu grużliczego, dlatego jest bardzo ważnym pomocniczym środkiem rozpoznawczym. 2) Reakcyja, występująca po wstrzyknięciu, nie

ma zawsze takiego przebiegu, jak go opisał sam Koch, lecz może przedstawiać rozmaite zmiany, ale teraz nie można jeszcze podać, jakie są przyczyny tych zmian; otóż właśnie dla tego, że ogólna i miejscowa reakcyja może przybrać czasem bardzo ciężki, a nawet niebezpieczny charakter, potrzebnem jest koniecznie ciągłe lekarskie czuwanie nad chorymi, leczonymi środkiem Kocha i przezorność w celu dostarczenia szybkiéj lekarskiéj pomocy. 3) Na teraz nie można podać pewnego zdania w kwestyi stanowczego wyleczenia spraw gruźliczych samym środkiem Kocha lub w połączeniu z innemi środkami, a to z powodu krótkiego czasu, przez który dotąd zjawiska obserwowano; — atoli już teraz można twierdzić, że po użyciu środka Kocha następuje przemiana w tkankach gruźliczych tego rodzaju, że ułatwia się przez to wyleczenie choroby. Tak samo można przypuścić, że wynalezienie środka Kocha daje wskazówkę dla przyszłego traktowania chorób zakaźnych. — Rada sanitarna przystąpiła do zapatrywań sprawozdawcy i po szczegółowéj rozprawie postanowiła orzec o stósowaniu metody Kocha w szpitalach i w praktyce prywatnéj, że naglące potrzebnem jest przedmiotowe umiejętne badanie metody leczniczéj Kocha w klinikach uniwersyteckich i w wielkich szpitalach, gdzie można spełnić warunki ściśle umiejętnego badania. W tym celu należy zaopatrzyć szpitale limfą Kocha, ale równocześnie należy polecić, aby o wynikach badań wyczerpujące umiejętne sprawozdania przysyłano do Ministerstwa spraw wewnętrznych. Daléj oświadczyła Rada, że nie można pozwolić na ambulatoryczne leczenie chorych według metody Kocha bez ciągłego lekarskiego czuwania i zaproponowała, aby na stósowanie metody Kocha pozwalać lekarzom jedynie po poprzedniem uwiadomieniu władzy politycznéj i po udowodnieniu pochodzenia limfy.

Kończąc nasz pogląd zwracamy uwagę na sprawozdanie z pracy proff. Nenckiego i Sahlego, umieszczone w niniejszym Numerze według rozprawy ogłoszonéj w ostatnim Numerze *Gazety Lek.*, a któréj treść zdaje nam się być bardzo ważną pod względem istoty środka Kochowskiego.

* Na wczorajszem posiedzeniu Tow. lek. przy licznym udziale gości z prowincyi wybrano Komitet przedwyborczy, poruszono kwestyję odrębnych etykiet na środki wewnętrznie a zewnętrznie stosowane i dołączania do etykiet odpisów recept, którą to sprawę następne posiedzenie weźmie pod rozwagę. Następnie prof. Rydygier przedstawił licznych chorych, którym zastrzykiwano limfę Kocha, kreśląc obraz odczynu, jaki zastrzykiwania pociągały za sobą. Chorych z cierpieniami gardła i krtani, u których stosowano ten środek, przedstawił prof. Pieniążek, a wewnętrznych prof. Gluziński i Dr. Surzycki. Prof. Korczyński stosownie do spostrzeżeń na chorych z gruźlicą płuc radzi bardzo wielką ostrożność i dużo krytycznego zachować zmysłu przy zastosowaniu limfy Kocha, którą prof. Oettinger w pięknem przemówieniu porównywa z niektóremi już w starożytności słynnemi ale tajemnemi środkami.

* W tygodniu 46 (od 16—22 listopada) było w Krakowie małżeństw 25, urodzin 36, skonów 32 (21·78); z tych było: z gruźlicy 10, z odry 2, z dławca, błonicy i zap. płuc po 2.

* Zakład prywatny dla chorych na umyśle docenta Dra Żuławskiego w Krakowie rozwija się dobrze i słusznem cieszy się uznaniem z powodu prawdziwie ojcowskiéj opieki, któréj chorzy doznają.

* Rada zdrowia dep. Sekwany uznała noszenie pewnego rodzaju pończoch barwnych za szkodliwe, zwłaszcza dla dzieci; farba bowiem ustalona za pomocą winianu antymonu pod wpływem transpiracyi przechodzi w formę rozpuszczalną i wywołuje na skórze niesztowice i wrzody żrące.

* Cholera w Hiszpanii już ustała.

* W Berlinie wychodzić będzie od N. Roku „*Hygienische Rundschau*“ pod redakcyją prof. Fränkla w Królewcu i docenta Esmarcha w Berlinie.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Buda-Peszt.** Dr. Nataniel Feuer habilitował się jako docent okulistyki. — **Tübinga.** Dr. Dresser habilitował się z farmakologii. — **Bazylea.** Rektorem uniwersytetu wybrany prof. Fehling.

* **Nekrologija.** W Moskwie umarł nagle Dr. Ludwik Wieczorkiewicz, lekarz wojskowy, urodzony w Warszawie w r. 1853. — W Lubaczowie w Galicyi umarł tameczny lekarz miejski Dr. Jan Kulczyński w 34 roku życia. Zmarły był poprzednio sekundaryjuszem w szpitalu św. Łazarza w Krakowie a późniéj prymaryjuszem w Kulparkowie. — W Lipsku umarł prof. okulistyki Ernest Coccius (urodzony d. 19 września 1825 r. kształcił się w Lipsku, Pradze i Paryżu, w r. 1867 mianowany nadzw. a późniéj zwyczajnym profesorem okulistyki w Lipsku, ogłosił liczne prace w dziedzinie swéj specyjalności). — We Wiedniu umarł nagle prof. Fryderyk Salzer, prymaryjusz w szpitalu powszechnym (urodzony w r. 1827 w Siedmiogrodzie).

* **Rosyja.** W czasopismach rosyjskich o niczem teraz prawie nie piszą, tylko o odkryciu Kocha: istna Kochomania! Profesorowie uniwersytetów czytają o niem publiczne prelekcyje, miasta i szpitale wysyłają lekarzy do Berlina, z liczby których wspomnę prof. Anrepa z Petersburga, wysłanego kosztem ks. Oldenburgskiego. W „Instytucie doświadczalnéj medycyny“ tego ostatniego próby Kochowskiego leczenia robi obecnie prof. Pawłow, płynu dostano za pośrednictwem posła rosyjskiego w Berlinie. Gdy taka gorączka owładnęła wszystkich, że tylko słyszysz rozmowę o leczeniu gruźlicy, niejaki dr. Kuskow komunikuje w Towarzystwu ros. lek. w Petersburgu (8/20 XI.), iż w 4-ch przypadkach sekcyj zmarłych wskutek *tuberculosis miliaris* laseczników Kocha wcale nieznalazł, pomimo ścisłych poszukiwań znajdował je tylko przy jednoczesnem owrzodzeniu jelit, przez które jakoby mikroorganizmy wnikają wewnątrz, a więc zdaniem tego śmiałka, *tuberculosis miliaris primaria* nie zależy od prątków, tylko daje gotowy grunt dla ich hodowli.

Mosk. prof. Zacharijn, autor „kiły serca“, nie schodzi ze szpalt czasopism. Rezultatem odprawy, jaką mu napisał *Wracz* (względnie prof. Manassein) był adres lekarskiego fakultetu ku uczczeniu „utalentowanego, energicznego i pożytecznego działacza lekarza“, jakim jest niby prof. Z. Na adres odpowiada *Wracz* w tych słowach: „czy w naszych słowach była chociażby mała przesada? czy już też panom podpisanym na adresie nie wiadomo, że stosunek prof. Z. względem chorych, wyzyskiwanie ogromnych honoraryjów, cudaczne otoczenie wizyt lekarskich i to już oddawna, dają obfity pokarm dla feljetonistów, przynosząc krzywdę godności lekarskiéj? Doszło do tego, że praktykę pana Z. nazywają: „anekdotyczną“, a belletryści cudostwa pana Z. podnoszą do typu, jakby rzeczywiście podobni profesorowie stanowili u nas regułę. Być może, że się omyliliśmy, mówiąc o nieistnieniu szkoły u prof. Z.? Lecz gdzież ona? Proszę porównać pod tym względem „40-letnią działalność“ p. Z., z 30-letnią działalnością zmarłego Botkina i okaże się jasno, iż o szkole mosk. profesora nie może być i mowy. Po tem co powiedziałem jak zrozumieć adres mosk. lek. fakultetu?... Tu widocznie kryje się jakieś smutne nieporozumienie. Pocieszamy siebie, że pod takowym nieznajdujemy podpisu osób, cieszących się zasłużonem uznaniem, profesorów Bobrowa, Pawlinowa, Sklifosowskiego i — *last not least* — prof. Ebermanna“. Tak pisze *Wracz*, podający jednocześnie skargi kilku lekarzy, którym prof. Z. odmówił porady lek. dla tego tylko, że nie zataili przed nim swego powołania. O etyko lekarska!....

W sprawie prof. Pehla o sperminę został wybrany sąd polubowny, czekamy jego orzeczenia.

Sprawa dra Chackielewicza, którego sąd okręgowy pozbawił dyplomu lekarskiego za operacyję cięcia cesarskiego, jak o tem pisałem w r. z., powtórnie sądzona była w Umańskim okr. Sądzie wskutek kasacyi w Senacie. Tym razem dr. Chackielewicz został uniewinniony.

Dr. Kazimierz Zmigrodzki będzie wydawał w Petersburgu czasopismo kwartalne pod tyt.: *Bibliograficzny wskaziciel rosyjskiéj lekarskiéj literatury.* W czasopiśmie naszego rodaka będą podawane tytuły wszystkich naukowych i popularno lekarskich prac, drukowanych nietylko w ros. specyjalnych pismach, lecz nawet w czasopismach „nadwiślańskiego“ (?), nadbaltyckiego kraju i Finlandyi.

Zmarli w Petersburgu: dr. Wilhelm Etlinger, b. lejb.-akuszer, członek rady lekarskiéj, Kijowianin i dr. Jan Barcz b. dyrektor lecznicy ks. Maksymilijana. *Dr. J. T.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 13 Grudnia 1890. Nr. 50.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

I. Z oddziału chirurgicznego prof. Obalińskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

O doszczętnem leczeniu przepuklin pachwinowych sposobem Bassiniego.

Podał

Dr. Czesław Podgórski,

I-szy sekundaryjusz oddziału.

Ideałem wszelkiego postępowania leczniczego jest w pierwszym rzędzie usunięcie stosunków patologicznych przez przywrócenie warunków prawidłowych, a po drugie uzyskanie dla nowowytworzonego stanu jak najtrwalszego bytu istnienia. Z licznych cierpień, w leczeniu których do tego wytkniętego celu zdążyć usiłujemy, niepoślednie miejsce zajmują różne odmiany przepuklin, nie tylko wywołujących w cierpiącym ciągłe uczucie przykrego kalectwa i przeszkadzających mu często w zawodowéj pracy, ale narażających go ciągle na poważne niebezpieczeństwo w razie uwięźnięcia.

Od bliższego jednakowoż omawiania na tem miejscu licznych, od najdawniejszych czasów w tym kierunku przedsiębranych usiłowań uwalnia mnie znakomita i bardzo wyczerpująca literatura tego przedmiotu w naszym języku, z któréj nabiera się przekonania, iż najwięcéj jeszcze powyżéj postawionym wymogom odpowiada sposób M a c - E w e n a leczenia przepuklin, ale ich jednak w całéj rozciągłości nie wypełnia. Opuszczając opis powyższego sposobu i odsyłając w tym względzie do referatu Dra B a r ą c z a ze Lwowa w Przeglądzie Lekarskim z r. 1886 Nr. 47 i pracy Dra K r a j e w s k i e g o z Warszawy w czerwcowych zeszytach powyższego tygodnika z r. 1888 ogłoszonéj, zwrócę tylko uwagę na zasadnicze jéj cechy, a to na wytworzenie żywéj zatyczki od jamy brzusznéj przed bramą przepuklinową umieszczonéj, a z odpowiednio pofałdowanego worka przepuklinowego utworzonéj, i po drugie na odrębny sposób zespolenia bramy przepuklinowéj przez szew, który powięź poprzeczną do powięzi mięśni brzusznych przybliża. W wykonaniu praktycznem saméj myśli przewodniéj, jak w jednym tak w drugim kierunku, okazały się pewne trudności i braki, które sprawiły, iż tak K r a j e w s k i jak i O b a l i ń s k i widzieli się zmuszonymi poczynić rdzenne modyfikacyje. I tak K r a j e w s k i, widząc iż przy przepuklinach wielkich zatyczka z worka przepuklinowego sposobem M a c - E w e n a przez pofałdowanie jedną nitką wytworzona, nie tylko otworu brzusznego przepukliny nie zamyka w całości, ale okazując po obu stronach nitki fałdującéj lejki w otrzewny ułożone a ku stronie głównego nacisku jelit zwrócone, snadnie może być źródłem powrotu przepukliny, fałduje worek dwiema nitkami i co główna, zwraca szyję worka przez przeprowadzenie odpowiednie nitek fałdujących ku dołowi i wewnątrz, gdzie nacisk jelit jest znacznie słabszy. Prof. O b a l i ń s k i zaś zamyka worek przez kilkakrotne przeszycie go poprzeczne w szyi przepuklinowéj, zwija go w rulonik i przeprowadza końce fałdującéj w poprzek nitki przez odnogi wiązadła Pouparta, przeszywając je w całéj grubości od wewnątrz ku zewnątrz; łączy więc w ten sposób pierwszą część z drugą, a przez takie założenie szwów omija zawiły sposób szycia igłą M a c - E w e n a. Do zupełnego zamknięcia worka zdąża też Dr. K e e t l e y przez skręcenie szyi worka. Pomijając trudności w wykonaniu wszystkich szczegółów powyższej metody, zwrócić musimy uwagę na niebezpieczeństwo łatwéj możności obumarcia worka zwiniętego w tampon, szczególniéj jeżeli worek jest duży i był w poprzedniem położeniu raczéj od otoczenia, od którego zostaje obecnie oddzielony, niż samoistnemi naczyniami odżywiany. Realność takowego niebezpieczeństwa stwierdzają historyje chorób tak prof. O b a l i ń s k i e g o i Dra K r a j e w s k i e g o jak i przypadki z kliniki B i l l r o t h a przez H a i d e n t h a l l e r a przytaczane; możemy jednakowoż tę nieprzyjemną ewentualność, według rady prof. Obalińskiego, przez odcinanie części zbyt dużych worków

znacznie zredukować, a odliczywszy te ujemne strony przyznać musimy, iż teoretycznie sposób ten uznać musimy ze wszystkich poprzednich za najlepszy, co praktyka w zupełności potwierdza. Według bowiem dat przez samego Mac-Ewena z początkiem b. r. w pracy Lauensteina((*Archiw Langenbecka* T. 40, zesz. 3, str. 642) podanych, na 98-miu operowanych utracił on tylko jednego chorego wskutek operacyi, a tylko u jednego wystąpiła recydywa, choć niektórych w 5 lat po dokonanéj operacyi badać miał sposobność i zdrowymi znachodził. Dodać jednak trzeba, że wielu z jego chorych nosiło po operacyi paski ochronne. Co do statystyki prof. Obalińskiego, to na 40 operowanych tą metodą nie stracił ani jednego z powodu operacyi, ale u trzech chorych skonstatowano po 10—18 miesiącach recydywę. Lauenstein na 14 operowanych ani razu nie miał recydywy. Tylko Billroth na 4 razy miał 3 niepomyślne rezultaty, głównie z powodu popadania worka w nekrozę.

Przypatrzmy się jednak, jak kształtują się stosunki kanału pachwinowego po wykonaniu operacyi sposobem Mac-Ewena i idealnem wygojeniu się rany. Przywrócono tu stosunki fizyjologiczne, ale w skąpym bardzo zakresie. Wypadłe jelita wprowadzono do jamy brzusznéj, worek przepuklinowy zamknięto. Od strony jamy brzusznéj zrobiono więc wszystko, co więcéj, możnaby powiedzieć, poprawiono fizyjologię, gdyż w miejscu poprzedniego, ułatwiającego wytworzenie przepukliny fizyjologicznego zagłębienia (*fovea inguinalis externa*) mamy wyniosłą poduszeczkę z worka przepuklinowego utworzoną. Ściana jednakowoż pokrywająca w ten sposób korzystnie zmienioną otrzewnę bardzo różni się od fizyjologicznéj; w miejsce bowiem dwóch blaszek ściennych, między któremi przebiegałby skośnie wraz z pękiem naczyń sznurek nasienny, a które w miarę coraz silniejszego działania tłoczni brzusznéj, coraz ściślejby do siebie przylegały, otrzymujemy ścianę jednolitą, bliznowatą, przez zbliżenie powięzi poprzecznéj, powięzi mięśni brzusznych i w części z tamponu utworzoną, a prawie w prostopadłym kierunku przez sznurek nasienny przebitą. Zarzut jednak ten czczymby się wydał, gdyby tak utworzona silna ściana miała zawsze zapewnione trwałe istnienie. Tak z teoretycznego jednak stanowiska, jak i z niektórych dotychczasowych spostrzeżeń klinicznych, ośmielam się podnieść w tym względzie pewne wątpliwości. Ścianę powyższą, jak wspomniano, uzyskujemy przez zeszycie tworów błoniastych i ścięgnistych do zrastania się niezdolnych, które więc o tyle tylko się ze sobą zespajają, o ile zatyczka działająca tu drażniąco, niejako na wzór ciała obcego, — i w tem leży główna wartość metody Mac-Ewena — wywołuje odczynowe zapalenie twórcze, wytwarzające naciek plastyczny, analogiczny np. do kostniny (*callus*), występującéj przy zrastaniu się kości, który to naciek wkrótce po operacyi jako twardy korek przez powłoki brzuszne wyczuć możemy. (Twierdzenie to żywo illustrują przypadki, gdzie mimo obumarcia i wydzielenia na zewnątrz znaczniejszéj części worka wytworzyła się poduszka duża, wcale nie licująca z wielkością pozostałéj resztki worka). Znaną jest jednakże rzeczą, iż takie nacieki z biegiem czasu często, jeśli nie zwykle, ulegają przeobrażeniu wstecznemu i wessaniu, jeśli nie są bezpośrednio swem zadaniem fizyjologicznem do życia powołane. W danym przypadku powyższa ściana ścięgnista, bliznowata, odgrywa wobec nacisku jelit rolę tylko bierną, gdyż sznurek nasienny na małéj przestrzeni z nią się stykający zamało nadaje jéj znaczenia fizyjologicznego. Łatwo więc przypuścić, że z czasem poduszka ta może się zmniejszać, ściana stawać się cieńszą a przy niekorzystnych warunkach, miejsce to może stanowić punkt wyjścia nowéj przepukliny. Jednak ten ostateczny wynik nie tylko że nie jest koniecznym, ale nawet jak dotąd przydarza się nie często, ale że się przydarza, wynika z następujących spostrzeżeń: 1) U chorego Dąbrowy w statystyce prof. Obalińskiego pod liczbą 2 przytoczonego (Przegląd Lek. 1889, Nr. 1) już w 10 miesięcy po operacyi (Przegląd Lek. 1889, str. 353) tamponu poprzednio wybitnego wyczuć nie można było, a w 18 miesięcy chory listownie zawiadomił o nawrocie cierpienia. 2) U chorego Jana Szkolnika (l. 12) wystąpiła recydywa po 15 miesiącach, a 3) u choréj Katarzyny Wojnowskiéj (l. 28) po ośmiu miesiącach. Że zaś recydywa postępuje drogą wspomnianą, dowodzi daléj historyja choroby Nr. 2, gdzie niejako stopniowy zanik tamponu śledzić byliśmy w możności i badanie chorych opisanych pod l. 8, gdzie w cztery miesiące i pod l. 10, gdzie po 8-miu miesiącach brak pierwéj dobrze wyczuwalnego tamponu skonstatowano. W każdym jednak razie wyniki uzyskane tą metodą są świetne, jak ona sama za istotny i piękny postęp w leczeniu doszczętnem przepuklin uważaną być musi. Wprawdzie Mac-Ewen wymaga, aby chory 6 tygodni zostawał w łóżku, u nas jednak ta ostrożność z powodu oporu u chorych nie dała się przeprowadzić, tak, że chorzy w razie rychłozrostu (a ten w $^4/_6$ wszystkich przypadków następował) średnio dnia 15-go szpital opuszczali — w reszcie przypadków gojenie przeciągało się średnio do 4 tygodni. (C. d. n.)

II. O zasadach udzielania pierwszéj pomocy rannym w najbliższéj wojnie.

Wykład miany na I. zjeździe chirurgów polskich w Krakowie.

przez

Dra W. Wehra we Lwowie.

(Dok. Patrz Nr. 49.)

Fakta te dowodzą, że błędy które zakorzeniły się w chirurgii od czasu istnienia ran postrzałowych w ogóle, jak chce historyja od bitwy pod Cressy 1346, co do natury i sposobu traktowania tych ran, przetrwały aż do naszych czasów. Szkody jednak, jakie wyrządzali rannym de Vigo lub Ferri uważając rany postrzałowe za zatrute, zrównoważył Ambroży Paré; — krzywdy Braunschweiga i Gersdorffa, męczących swych rannych zabiegami operacyjnemi, celem koniecznego wydobycia wszystkich ciał obcych z rany, usunął Feliks Würtz; straty Le Drana przez „*debridement préventif*“ wynagrodził sowicie genijalny John Hunter, zasługi Percyego, Lareya, Pirogowa, Stromeyera a przedewszystkiem Langenbecka na polu chirurgii wojennéj pozostaną na zawsze w historyi medycyny piękną i cenną spuścizną i dowodem humanitarnych i najlepszych usiłowań w swoim czasie. Szkody, jakie mybyśmy mogli wyrządzić rannym w przyszłéj wojnie, przez zaniedbanie wypełnienia najważniejszych zasad i postępów nowoczesnéj chirurgii, byłyby tak olbrzymie, iżby ich nam historyja nigdy nie przebaczyła.

Doświadczenia bowiem z ostatnich wojen przekonywają nas daléj o tym niezmiernéj wagi dla nas fakcie, że ranę postrzałową w przeważnéj liczbie przypadków uznać musimy jako aseptyczną, która dopiero

następnie uległa zakażeniu. Że była aseptyczną w tych przypadkach, które zabliźniły się bez żadnéj reakcyi pod strupem w myśli Huntera, nawet w kilku takich razach, gdy kula i części munduru pozostawały w ranie (Klebs, Bergmann), to nie ulega żadnéj wątpliwości.

Lecz znanym nam jest i drugi fakt również wielkiéj dla nas doniosłości, a który się powtarza we wszystkich wojnach, a mianowicie ten, że przebieg rany postrzałowéj najpomyślniejszym był wówczas, gdy się nią najmniéj zajmowano. Że tak być musiało w czasach przedantiseptecznych, nie zadziwia nas to bynajmniéj, lecz i z okresu nowoczesnéj chirurgii mamy ciekawe i godne uwagi spostrzeżenia w tym względzie. Bergmann w r. 1877 mając do dyspozycyi cały aparat antiseptyczny i pomoc odpowiednią na polu walki, nie był w stanie stosunkowo niewielkiéj liczbie rannych (480) udzielić należytéj pomocy chirurgicznéj. Wyszło to na korzyść tych ran postrzałowych z potrzaskaniem kości, które nie były ani sondowane, ani rozszerzane, lecz tylko pokryte opatrunkiem antiseptycznym. To samo stwierdzają dawniejsze spostrzeżenia Volkmanna z pod Trautenau i nowsze Fränkla i Schmida z Belgradu z wojny bułgarsko-serbskiéj, którzy stwierdzili wygojenia się postrzałowych złamań skomplikowanych, bez reakcyi, nawet bez ustrzelenia.

Te obserwacyje pouczają nas znów o trzecim fakcie, praktycznie bardzo ważnym, że i najbieglejszy chirurg wobec stosunkowo nawet niewielkiéj ilości rannych, większych zabiegów operacyjnych na polu według dzisiejszych wymagań naszéj nauki przedsiębrać nie może, naprzód, że niema na to czasu, a przedewszystkiem zaś, że nie ma do tego potrzeby.[1])

Wszystkie wymienione fakta przemawiają więc zatem, że rana postrzałowa sama przez się była i będzie w największéj liczbie przypadków aseptyczną. Stanowcze i niezbite udowodnienie tego twierdzenia, jako też dokładne określenie warunków, w jakich rana postrzałowa może być jednak sama przez się zakażoną, musimy uznać za problem pierwszorzędnego znaczenia w chirurgii wojennéj, głównie z tego powodu, że tylko wobec ran aseptycznych możemy pomyśleć o możliwości udzielania skutecznéj pomocy i większéj ilości rannym na polu walki w przyszłéj wojnie. Jeżeli bowiem najprostsze w praktyce chirurgicznéj zabezpieczenie czystéj rany od zakażenia natrafi bezwątpienia po każdéj walniejszéj bitwie na trudności, to przedsiębranie gruntownéj desinfekcyi ran postrzałowych będzie w 1-éj linii wprost niemożliwem.

Praktyka chirurgiczna uczy nas daléj, że przy ranach czystych jakikolwiek czysty (*steril*) dobrze przylegający opatrunek wystarcza zupełnie do zabezpieczenia rany od zakażenia, wobec zaś ran zakażonych, jeżeli niemożliwem jest przedsięwzięcie gruntownéj desinfekcyi, to założenie takiego opatrunku, jak i jego zaniechanie, nie usuwa bynajmniéj niebezpieczeństwa, jakie już grozi organizmowi od tego zakażenia. Ponieważ jednak opatrunek chroni i takie rany od dalszego zakażenia, a w pewnych warunkach, mianowicie przy zakażeniach powierzchownych, opatrunek antiseptyczny może niedopuścić lub przynajmniéj opóźnić rozwinięcie się groźnych spraw zapalnych przyrannych, przeto najodpowiedniejszem będzie i przy ranach zakażonych postępować we wojnie w 1-éj linii tak samo, jak i w obec ran czystych. Za lepsze i pewniejsze uważać należy w każdym razie założenie jak najrychléj opatrunku antiseptycznego, aniżeli tylko czystego, sterylizowanego. Odpowiednio też do tych wymagań teoryi wprowadzone zostały w armijach znane nam pakiety opatrunkowe (*Verbandpäkchen*), które uzupełniają uniform każdego żołnierza w razie wojny.

Jeżeli się teraz zapytamy, czy w najbliższéj wojnie będziemy w stanie spełnić ten humanitarny obowiązek, jaki na mocy niewzruszonych prawideł ciągłego rozwoju oświaty ludzkiéj wkłada na nas jeszcze XIX stulecie, to mojem zdaniem, dopiero wtenczas najwięcéj się zbliżymy do naszego celu i ideału naszéj wiedzy i sztuki lekarskiéj, gdy zdołamy przeprowadzić w praktyce chirurgicznéj wojennéj takie reformy, któreby już regulaminem wojskowym każdą ranę zadaną na polu bitwy jak można najrychléj i na pewno zabezpieczały od zakażenia.

Czy dzisiejsze przepisy i rozporządzenia wojskowe, przedewszystkiem w armii austryjackiéj, czynią zupełnie zadość tym wymaganiom teoryi, czy z chwilą wprowadzenia nowéj broni dalekonośnéj małego kalibru stają się niezbędnemi równomierne reformy i ulepszenia w dziale służby sanitarnéj, która ma spełniać jedno z najważniejszych zadań w 1-éj linii na przyszłem polu walki, czy ona jest w dostatecznéj ilości i odpowiednio wyćwiczoną czy nie powinny a nawet muszą zostać przeprowadzane we wszystkich armijach takiego rodzaju ulepszenia, któreby doprowadziły do ostatecznych możliwych granic jak najszybsze usunięcie i transport rannego żołnierza z 1-éj linii — są to pytania tak ważne i doniosłe, a wobec nowéj ustawy wojskowéj każdego z nas bezpośrednio dotyczące, iż uznałem za odpowiednie poddać je rozwadze Panów na 1-szym naszym zjeździe.

O ile zaś te wymagania teoryi dałyby się pogodzić z praktyką, przekonamy się dopiero po przeprowadzeniu wspólnéj i wyczerpującéj dyskusyi, tak ze strony naszéj, więcéj teoretycznéj, jak i ze strony fachowych kolegów wojskowych.

Wywołać dyskusyję, wzbudzić zainteresowanie się chirurgiją wojenną u polskich chirurgów, zachęcić do wspólnéj pracy i studyjów na tem polu, aby w przyszłéj wojnie wszyscy chirurdzy polscy postępowali według ile możności jednolitego i najracyjonalniejszego planu, to uważam za najważniejszy cel mego obecnego przemówienia.

Na razie, gdyby nas wojna prędzéj miała zaskoczyć, zanimbyśmy byli w stanie stworzyć to jednolite przygotowanie, zasada udzielania pierwszéj pomocy rannym daje się streścić w tem zdaniu: w pierwszéj linii na polu

---

[1]) Mam tu na myśli nie posterunek 1-szy (*Hilfsplatz*) 1000 kroków od linii bojowéj według regulaminu austr. odległy, lecz posterunek 2-gi (*Verbandplatz*) do 5000 kroków odległy, w ogóle miejscowości do których dosięgnąć mogą (z wyjątkiem zabezpieczonych miejsc we fortecach) pociski nieprzyjacielskie. W przyszłéj wojnie najcięższe i najważniejsze zadanie będą mieli chirurdzy w szpitalach polowych kilka mil odległych od pola walki.

walki najmniéj zajmować się raną, najwięcéj zaś rannym.[1])

III. Z oddziału położniczo-ginekologicznego prof. Dra Madurowicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Przyczynek do kwestyi rozstępowania się połączeń stawowych kości miednicowych podczas porodu.

Podał

Dr. Władysław Harajewicz,
sekundaryjusz tego oddziału.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 49).

2) Drugi tego rodzaju przypadek przedstawia się w sposób następujący: S. T. lat 22 licząca, z Galicyi, została dnia 20/4 1889 r. przyjętą na oddział ginekologiczny. Przed 3 tygodniami odbył się pierwszy poród w klinice położniczéj, gdzie w protokole zanotowano: ostatnia regul. w lipcu 1888, pierwsze ruchy płodu w grudniu 1888. Ciąża pierwsza, położenie płodu czaszkowe pierwsze, pierwsze bóle wystąpiły 30 marca 1889 o 10 rano, pęcherz płodowy pękł 31/3 o g. 2 rano. Ponieważ poród w domu nie postępował, przyniesiono rodzącą do kliniki 31/3 rano. Badanie wykazało niestosunek porodowy (*Conj. ext.* 18 ctm.) miednicę płaską i następowe osłabienie bólów porodowych, a ponieważ przedgłowie było znaczne i smołka odchodziła obok główki, a części rodne były obrzmiałe i suchawe, założono kleszcze na wysoko ustawioną główkę. Płód wydobyto żywy, donoszony, płci męzkiéj. Łożysko odeszło w 20 minut, po zastósowaniu metody Credego. Połóg prawidłowy. Klinikę opuściła wraz z dzieckiem 14/4 1889. Wywiady dalsze zebrane w szpitalu wykazały, że chora od samego opuszczenia kliniki czuła się nie zdrową, doznawała kłucia i boleści w brzuchu i że chód był bardzo utrudniony przez wzmagające się przytem boleści. Regularność u choréj od 14 r. życia, zawsze prawidłowa. Oprócz przebywania tyfusu nie przypomina sobie żadnych innych chorób. Osoba dobrze zbudowana i odżywiona, ale anemiczna. Ciepłota ciała 37·3, tętno dobre 90. Na kończynach dolnych i górnych jakoteż na twarzy surowiczy mierny obrzęk. Organa klatki piersiowéj prawidłowe. Brzuch nieco wzdęty, szczególniéj dołem, tamże nad spojeniem łonowem i w prawéj okolicy nadpachwinowéj opór twardy, bolesny, na 2 palce nad spojeniem sięgający. Wargi sromne surowiczo obrzmiałe. Szpara sromowa rozwarta, tylny jéj brzeg zastąpiony przez bliznę po pęknięciu międzykrocza, sięgającą aż do otworu stolcowego, pochwa szeroka, gładka. Część pochwowa drobna, w osi miednicy umiejscowiona, dosyć miękka, ujście zewnętrzne tworzy poprzeczną szparę. Sklepienie tylne i lewe wolne, w prawem i przedniem wyczuć można obrzęk twardy, bolesny, niepodatny, nieruchomy, tuż przy macicy usadowiony. Sama macica niepowięks ona, nieruchoma. W moczu mętnym ślad białka. Na podstawie tego badania rozpoznano: *Exsudatum parametriticum post partum, anaemia maj. gradus* i zalecono smarowanie zewnątrz tincturą jodową, gałki jodowe do pochwy i kąpiele całe i nasiadowe ciepłe. Gdy po paru dniach ciepłota wróciła do stanu prawidłowego, podano żelazo w kroplach. Wśród obserwacyi zauważano tworzenie się ropnia w wardze mniejszéj lewéj, który też otworzono 30/3 i wypuszczono około $^1/_4$ litra ropy gęstéj cuchnącéj. Zgłębnik wprowadzony natrafił w górze na obnażoną z okostnéj kość lewą łonową. Założono do otworu po przestrzykaniu ropnia 3% kw. karb. gazę jodoformową. Wzgórek łonowy znacznie surowiczo obrzękły, bolesny. Już drugiego dnia po tem ciepłota ciała po dreszczach podskoczyła na 39°, a przy badaniu wykazano w obu płucach liczne furczenia i rzężenia różno-bańkowe, a po prawéj od dołu drobne i tamże odgłos wypukowy bębenkowy. Postawiono tedy zaraz po 20 suchych baniek na obie strony klatki piers. od tyłu. Ciepłota wieczorem 38·5, tęt. 120. Rozpoczęło się tedy dławcowe zapalenie dolnego płatu płuca prawego, które jednak po prawidłowym przebiegu w przeciągu 12 dni żadnego prawie śladu po sobie nie zostawiło. Mimo jednak ustąpienia téj sprawy i niemożności wykazania jakiejkolwiek innéj wewnętrznéj choroby, ciepłota ciała szczególniéj wieczorem podnosiła się zawsze do 40° i wyżéj w połączeniu z dreszczami. Obrzęk wzgórka łonowego, mimo, że ropa obficie odchodziła otworem sztucznie w wardze mniejszéj lewéj wykonanym, nie ustępował, bolesność zaś téj okolicy utrzymywała się ciągle bardzo znaczna. Badanie teraz przedsięwzięte dozwoliło mimo obrzęku i bolesności wykazać rozstęp kości łonowych od przodu na 3 do 4 ctm. klinowato ku tyłowi się zwężający tak, że obie kości łonowe są ze sobą spojone tylko wązkim paskiem utrzymanych jeszcze w tyle kości i więzadeł. Rozpoznanie przeto zmieniono na *Caries necrotica ossium symph. pubis, sque diastasi ejusdem symphyseos.* Ponieważ mimo odpływu ropy, gorączka ciągle utrzymywała się w jednakiem wysokiem nasileniu, chora słabła i chudła, nabrała cery ziemisto-żółtéj i w oczach prawie niknęła, przeto dnia 25/5 1890 wykonałem z pomocą Dra Bukowskiego operacyję w celu oczyszczenia jamy ropnia do około spojenia łonowego usadowionego. Przeciąłem tedy skórę i tkankę podskórną aż do kości po stronie lewéj na granicy między dużą a małą wargą sromową, cięciem podłużnem koło 8 cntm. długiem, to jest odpowiednio do najwybitniejszego obrzęku i chełbotania. Po dokładnem zbadaniu palcem wnętrza ropnia okazał się ubytek w obu kościach łonowych stanowiących spojenie, od góry na 3 do 4 cm. szeroki, a zwężający się ku dołowi klinowato. Brzegi ubytku stanowi kość miękka, chropowata, nierówna. Od strony lewéj zatoka obszerna, 8 cm. długa, ku lewéj pachwinie dążąca, wypełniona gęstą, cuchnącą ropą i kawałkami nekrotycznych tkanin. Po stronie prawéj zatoka jeszcze większa tak, że musiałem między wargą większą a udem zrobić przeciwotwór, aby do téj jamy założyć sączek. Poza kośćmi łonowemi w środku przestwór rozległy, również taką cieczą wypełniony. Po dokładnem wyskrobaniu ostrą łyżeczką obumarłych części kości i ścian ropnia, pokrytych strzępami nekrotycznemi, wypłukałem wszystko dokładnie 5% i 3% roztworem kwasu karbolowego, a następnie gazą jodoformową jamę wytamponowałem, założywszy pierwéj sączek gumowy, którego koniec przez przeciwotwór po stronie prawéj wyprowadziłem. Krwawienie było bardzo małe. Od tego czasu obraz zmienił się całkowicie i chora, która już ostatkami sił żywotnych się utrzymywała, szybko teraz do zdrowia przychodzić poczęła. Gojenie było zupełnie prawidłowem, ciepłota normalna, apetyt wielki. Wreszcie 6 sierpnia, poczekawszy, aby zupełnie do sił wróciła, wypisałem chorą, zupełnie uleczoną. Kości łonowe tak dobrze spojone napowrót, iż tylko małe zagłębienie w miejscu dawnego ubytku wymacać można, a chód zupełnie normalny nie sprawia żadnych trudności.

W obu tedy przypadkach mieliśmy do czynienia z rozstępem i następowem zropieniem stawu, kości łonowe łączącego. W pierwszym rozstęp był całkowitym odrazu, w drugim zdaje się wywołany został przez zapalenie, do którego zropienie się dołączyło. W obu również poród musiał być przez założenie kleszczy na wysoko ustawioną główkę ukończonym.

Mimo że tak dawno zboczenie to jest znanem i względnie często przytaczanem, to jednak mechanizm powstawania takowego nie jest jeszcze na pewne skonstatowanym.

Ahlfeld zwrócił uwagę na okoliczność, że kości miednicowe, tworząc jednostajny twardy pierścień, muszą w razie użycia takiéj siły, która może wywołać rozstąpienie stawów, uledz pęknięciu najmniéj w dwóch punktach. Jednakże znanych jest dosyć przypadków jak: Murata, Greusera, Galvagnego, Köstlina, Hoffmanna, Gmelina, Schauty, Martina, Acrek Olansa, Meissnera, Scanzoniego, Wahla, Adamsa, Bauterona, Paulliego, Heckera i Fraissa, którzy opisując takowe, wspominają o pęknięciu li tylko jednego połączenia stawowego, a to najczęściéj w spojeniu łonowem. Teoryja Ahlfelda fizycznie biorąc ma wszelką racyję za sobą, ale tylko w przypadkach, gdzie stawy miednicowe w zupełnie prawidłowych znajdują się stosunkach. Jeżeli jednak już poprze-

[1]) Obszerna dyskusyja o chirurgii wojennéj pomieszczoną zostanie w „Sprawozdaniach I i II Zjazdu chirurgów polskich".

dnio zaszły w którym z nich zmiany jakieś patologiczne, usposabiające staw taki do łatwiejszego pęknięcia, zasady téj zastosować nie można, gdyż wówczas podatność tego koła, a raczéj jego spojność już nie jest jednostajną, lecz właśnie w jednem lub drugiem spojeniu mniéj lub więcéj osłabioną. Mało wprawdzie spotykamy w literaturze przypadków takich, z którychby jasno wynikało niezawodne następstwo jednéj nieprawidłowości za drugą, a jednak trudno przypuścić, aby bez tego mogło przyjść do skutku tak znaczne zboczenie. Niezawodnie, że najczęstszą przyczyną tego pęknięcia jest siła wywarta przez działanie kleszczy i w tych przypadkach mogłoby się wydawać to zboczenie naturalnem następstwem, jednak, jak dowodzi Poullet, do wykonania prawidłowego operacyi kleszczowéj nie potrzeba użycia większéj siły niż 251 grm. Aby zaś wywołać pęknięcie w stawach miednicowych, czego próbował na trupach położnic, użyć musiał 170 do 200 kgrm. siły. Jasną więc z tego jest rzeczą, że wobec prawidłowego stanu połączeń kości miednicowych trudno jest kleszczom, jako sile ciągnącéj, wywołać takie zniszczenie pomimo twierdzenia Schauty, że zawczesne podniesienie rączek kleszczy wśród silnéj trakcyi działa jako klin rozpychający kości łonowe, a w takich razach najłatwiéj powstaje pęknięcie. Ale tem też łatwiéj ono do skutku przyjdzie, gdy prawidłowe stosunki stawów są zniesione. (Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

W sprawie leczenia środkiem Kocha.

Jest rzeczą zupełnie naturalną, że pisma lekarskie niemieckie przepełnione są artykułami o wynikach dalszych badań nad działaniem środka Kocha, który Rosenbach we Wrocławiu radzi nazwać „kochinem". Nie możemy w łamach „Przeglądu" umieszczać obszernych sprawozdań z prac w téj kwestyi ogłoszonych i dlatego poświęcamy jej osobną rubrykę, w któréj będziemy się starali zapoznawać szan. Czytelników „Przeglądu" ze spostrzeżeniami o wynikach leczenia środkiem Kocha, naturalnie w krótkości, o ile na to ramy pisma naszego pozwalają, podając zresztą szan. Czytelnikom źródła, w których wiadomość obszerniejszą czerpać mogą, jeżeli ich jedna lub druga praca więcéj zainteresuje.

Redakcyja.

Gruźlica płuc. Fraentzel przedstawił w Charité dwóch pacyjentów, których po dwumiesięcznem leczeniu wypuszcza ze szpitala z wyraźnem polepszeniem. Zupełnego wyleczenia nie należy się zdaniem F. po tak krótkim czasie spodziewać, nawet w pierwszych początkach gruźlicy płuc. Prątki gruźlicze u tych chorych znajdują się jeszcze w plwocinach, jakkolwiek podmiotowo czują się oni bardzo dobrze, wolni są od potów, kaszlu i przybrali na wadze. Chorzy ci mają co 2 tygodnie zgłaszać się do zakładu i jeżeli na próbną injekcyję nie będą oddziaływali, wypuszczani będą do domu, w przeciwnym razie podda się ich ponownemu leczeniu. Jeden z chorych F. dostał podczas leczenia albuminuryi przy braku jakichkolwiek części morfotycznych w moczu i pomimo, że tenże już po dłuższem leczeniu nie oddziaływał na środek Kocha, to w tym samym czasie nagle począł oddziaływać a w plwocinach pokazała się spora ilość zdrowych prątków. F. uważa to za nową infekcyję (co przemawia przeciw możności osiągania środkiem Kocha *„immunitas"*. Przyp. spraw.) (*Berl. klin. Woch.* Nr. 49.)

Jaksch w Pradze przemawia za tem, aby zamiast strzykawki Kocha używać znacznie wygodniejszéj zwyczajnéj strzykawki Pravaza z tłokiem asbestowym, którą należy przed każdem użyciem dokładnie sterylizować. W klinice J. chorzy leczeni środkiem Kocha znajdują się dzień i noc pod ciągłą obserwacyją lekarską, a wobec gruźlicy zewnętrznéj zdejmuje się fotografije chorobą dotkniętych części przed i po wstrzyknięciu. U wszystkich chorych dotkniętych gruźlicą płuc, ilość plwocin po wstrzyknięciu zwiększała się, plwociny stały się śluzowe, pieniste, a ilość rzężeń się zmniejsza. J. przypisuje te zmiany nie leczeniu sprawy chorobowéj, lecz działaniu wykrztuśnemu. Poty nocne ustają i następuje euforyja, którą w znacznéj części przypisać należy autosuggestyi, pod wpływem któréj znajdują się chorzy wiedzący, że się ich leczy środkiem Kocha — a o tem wiedzą wszyscy.

Co do dyjagnostycznéj wartości środka, przypisuje mu J. wielkie znaczenie i na dowód tego przytacza kilka pouczających przypadków, którym jednak, jak wszystkim niemal spostrzeżeniom dotychczasowym, brak najważniejszego kryteryjum, t. j. sekcyi. Prątki same doznają zdaniem J. zmian morfologicznych a prawdopodobnie także bijologicznych. Czy środek Kocha zabija prątki gruźlicze, czas dopiero pokaże, a zatem dopiero po bardzo długiéj obserwacyi pojedyńczych przypadków można będzie rozstrzygnąć, jaka jest wartość środka Kocha w leczeniu gruźlicy. (*Wien. Med. Presse*, Nr, 49).

Prof. Gerhardt w Berlinie w wykładzie klinicznym po przedstawieniu 12 chorych leczonych środkiem Kocha, wysnuwa ze spostrzeżeń swoich wniosek, że środek ten jest odczynnikiem na tkankę gruźliczą, który szczególnie gruźlicze zmiany na skórze i w krtani odkrywa, które przedtem były ukryte. Ilość prątków w plwocinach może się po dłuższym czasie zmienić, lecz G. nie przypisuje znaczenia t. z. zmianom wstecznym w prątkach samych. (*Wien. med. Presse*, Nr. 49).

Pierwsze **badanie anatomiczne** zmian gruźliczych leczonych środkiem Kocha wykonał Israel w zakł. anat. patol. w Berlinie. Tyczyło się ono stawu gruźlicą zajętego, który Köhler otworzył, a w którym znaleziono gęstą ropę, zmięszaną z drobnemi grudkami masy serowatéj. Badanie mikroskopowe ropy okazało tak wielką ilość ciałek ropnych, jakiéj nigdy nie napotykamy w płynie wypełniającym jamy gruźlicze. Ilość prątków w ropie była skąpą. Strzępki i grudki nekrotyczne w obrazie mikroskopowym składały się z włókien tk. łącznéj, wśród któréj mnóstwo znajdowało się ciałek ropnych, a tu i ówdzie naczyńka wypełnione ciałkami krwi. Ściana jamy okazywała 3 warstwy, z których wewnętrzna 1 cm. gruba była nekrotyczną, druga 0·5 szeroka jaśniejsza, częściowo tłuszczowo zwyrodniała, a zewnętrzna okazywała cechy żywéj tkanki granulacyjnéj. Prątki gruźlicze znachodziły się tylko w warstwie nekrotycznéj i środkowéj. (*Berl. klin. Woch.* Nr. 48).

Doc. Kromeyer w Halli badał mikroskopowo skórę dotkniętą liszajem leczonym wstrzykiwaniami środkiem Kocha. W czasie wycinania skóra była obrzmiała i mocno zaczerwieniona, nie pokryta strupami. Pod drobnowidem przyskórek w okolicy miejsca chorobowo zmienionego okazywał zmiany zapalne ostre — wypocinę płynną i ciałka wypocinowe. Najbliższe otoczenie gruzełków uległo zapaleniu ropnemu. Naczynia włosowate i drobne były zatorowane przez mnóstwo ciałek białych i drobnych skrzepów włóknika. Gruczoły chłonnicze podszczękowe, których przed injekcyją wyczuć nie można było, były po injekcyi obrzmiałe i bolesne. Wszystko to wskazuje na ostre zapalenie okolicy gruźlicą zajętéj pod wpływem środka Kocha, które to zapalenie prowadzi do zropienia ognisk gruźliczych. Bezpośredniego obumierania gruzełków Kr. nie spostrzegał. Jeżeli zmiany te zapalne są cechą działania środka Kocha we wszystkich przypadkach, to jego stosowanie jest niebezpieczne w obec rozległych ognisk gruźliczych w płucach, gdyż w około każdego takiego ogniska powstawać musi wypocina zapalna do sąsiednich zdrowych pęcherzyków płucnych, co może za sobą pociągnąć nagłe znaczne zmniejszenie powierzchni oddechowéj i obrzęk płuc. (*Deut. Med. Woch.* Nr. 49). *Dr. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

Patologija.

Z pracowni Kocha. Behring i Kitasato: **O sposobie powstawania odporności dla jadu błonicy i tężca.**

W badaniach swoich nad błonicą i tężcem zajmowali się także autorowie kwestyją leczenia i odporności. Główny wniosek, jaki się z pracy ich wysnuć daje, jest następujący: Odporność królików i myszy dla jadu tężco-

wego polega na zdolności surowicy krwi czynienia trujących istot, wytwarzanych przez prątki tężca, nieszkodliwemi. Własność ta krwi jest tak trwałą, że utrzymuje się w innym organizmie, któremu krew taką, względnie surowicę krwi, wstrzyknięto. Zdolności niszczenia istot trujących nie posiada krew zwierząt, których nie uczyniono odpornemi. W jaki sposób autorowie sprowadzają tę odporność, tego na razie nie podają, natomiast przytaczają kilka doświadczeń, z których rzeczywiście wynika, że surowica krwi zwierząt odpornych czyni nieszkodliwemi nietylko żywe prątki tężca, ale także sam jad tężcowy i dyfterytyczny. W końcu autorowie zwracają uwagę na wnioski, które z ich prac dla leczenia tężca i błonicy u człowieka wysnuć można i na tę okoliczność, że transfuzyi krwi, która dawniéj uważaną była jako środek w niektórych razach bardzo skuteczny, nie można zastąpić przez infuzyję soli kuchennéj. *(Deutsche med. Wochenschr.* 1890, Nr. 49). *Dr. Beck.*

V. Metoda Kocha w stacyjach klimatycznych.

Napisał

Dr. Buzdygan

II. asystent kliniki lek. w Krakowie.

Görbersdorf, d. 2 grudnia 1890.

Zaledwie upłynęło dwa tygodnie od chwili wielkiego odkrycia, a pole doświadczeń z dniem każdym więcéj się rozszerza, nadchodzi coraz więcéj spostrzeżeń klinicznych z różnych miast, a prawie po Berlinie pierwsze z kliniki chirurgicznéj prof. Rydygiera w Krakowie.

Dotąd prawie jedynym i względnie najlepszym środkiem leczniczym w gruźlicy płuc okazał się klimat górski i zwiększone żywienie. Nasuwa się tedy pytanie, czy i jaki ma wpływ leczenie klimatyczne przy zastosowaniu metody Kocha. Ażeby się naocznie o rzeczy przekonać, udałem się do Görbersdorfu, jednéj z pierwszych stacyj klimatycznych, gdzie korzystając z uprzejmości kierowników zakładów Dra Wolfa (dawniéj Brehmera) i Dra Römplera oraz ich asystentów, mógłem robić moje spostrzeżenia na licznym materyjale.

Görbersdorf położony 1520 stóp nad poziomem morza w kotlinie wąskiéj, otoczonéj zewsząd górami pokrytemi lasem szpilkowym — ma dwa większe zakłady klimatyczne: Brehmera, obecnie 130 chorych i Dra Römplera 66 chorych; z tych u Brehmera dotąd zaszczepiono 74, a u Römplera 36 chorych.

Do injekcyj w zakładzie pierwszym używają nie strzykawki Kocha, ale własnéj konstrukcyi, złożonéj z dwu walców szklanych wsuwalnych jeden w drugi; wewnętrzny z podziałką, na którego dolnym końcu przytwierdzona igła, a na górnym mieści się otworek; walec zewnętrzny szczelnie połączony z wewnętrznym za pomocą pierścienia gumowego. Przez rozsuwanie lub wsuwanie walców płyn wchodzi lub wychodzi ze strzykawki. Przyrząd bardzo prosty i łatwo dający się oczyścić. W zakładzie Römplera posługują się zwykłą strzykawką Pravaza.

Nie mogę się tu zapuszczać w szczegółowe sprawozdanie, bo każdy z tych zakładów ogłosi takowe w swoim czasie i słusznie zastrzega sobie prawa pierwszeństwa, ograniczę się tylko do ogólnych uwag, oraz przedstawię niektóre rzadsze spostrzeżenia.

Z 110 zaszczepionych największy procent przypada na wiek od 20—30 lat, znacznie mniéj poniżéj 20 lat, lub wyżéj 30 roku; co do płci po równéj liczbie. Okazują oni przeważnie nacieki gruźlicze w obu szczytach, rzadziéj w jednym szczycie bez gorączki lub ze stanem podgorączkowym pod wieczór.

Przed rozpoczęciem wstrzykiwań przynajmniéj na dwa dni oznacza się ciepłotę co 3 godziny, ilość plwocin, jakość i obecność prątków oraz ich przybliżoną ilość i jakość i wagę ciała. Zaczyna się zazwyczaj od 0·001, tylko w znacznem osłabieniu od 0·0005, powtarza się injekcyję w dawce zdwojonéj co drugi dzień, więc 2, 4, 6, 8 miligrm. i 0·01. Jeżeli reakcyja była silna, chory czuje się dnia następnego zbity, osłabiony, to się pauzuje 2 nawet 3 dni i podnosi się dawkę tylko o 1 miligrm.

Reakcyja występuje tu zazwyczaj wśród objawów bardzo łagodnych. W 10, niekiedy dopiero po 12 godzinach od zastrzyknięcia pojawia się słabe uczucie ziębienia lub dreszcz wyraźny $^1/_4$ do $^1/_2$ godziny trwający, ból głowy, nudności, rzadko wymioty, kaszel z początku suchy, wreszcie obfite plwociny pieniste z bryłkami ropnemi, ciepłota podnosi się do 39° wyjątkowo do 40·4°. Niekiedy pojawia się tylko rozłamanie, rozdrażnienie, uczucie ciężkości lub bólu w piersiach z bardzo nieznacznem podniesieniem ciepłoty lub bez takowego i takie podmiotowe tylko objawy uważa się już za reakcyję. Po upływie doby objawy wszystkie ustępują, tylko kaszel częstszy, plwociny obfite. Chorzy z początku czują się osłabieni, mimoto wychodzą na spacer, używają ślizgawki i mimo mrozu cały czas wolny od reakcyi spędzają na wolnem powietrzu. Po kilku injekcyjach chorzy tacy czują się podmiotowo lepiéj, mniéj kaszlą, jedzą i śpią lepiéj i przybywają na wadze. Ten łagodny przebieg reakcyi i widoczne tak podmiotowe jak i przedmiotowe polepszenie po 5, 6 injekcyjach, jakie zauważyłem w wielu przypadkach, czy należy brać na karb klimatu górskiego, czy innych okoliczności, nie chcę przesądzać. Za działaniem klimatu przemawiałoby, że te zbawienne objawy spostrzega się przeważnie u osób, które już od kilku a nawet kilkunastu miesięcy przebywają w Görbersdorfie i pod wpływem klimatu ich stan zdrowia przed injekcyjami znacznie się poprawił. Albo organizm chorego stał się odporniejszym na działanie prątków, albo może pod wpływem czystego powietrza górskiego produkta tych prątków nie są tak trujące. Należy jednak podnieść, że do zakładów klimatycznych przybywają ludzie po większéj części ze zmianami początkowemi i nieznacznemi w płucach, podczas gdy do zakładów zamkniętych, jak kliniki, szpitala, zgłaszają się chorzy z głębszemi zmianami. To jest idealny przebieg reakcyi. A teraz należy wspomnieć i o przebiegu nieprawidłowym.

Zdarza się nierzadko, że tylko po pierwszéj injekcyi, to jest po 0·001, nastaje wyraźna reakcyja, po każdéj następnéj już jest słabsza, mimo, że się dawkę podwaja tak, że po 0·01, 0·02 wcale niema podwyższenia ciepłoty i innych objawów, a w plwocinach przecież znajdują się prątki obficiéj, niż przed injekcyjami.

U innych chorych z początku po 2, 3 injekcyjach wcale reakcyi niema, dopiero po wstrzyknięciu 0·008, 0·01 reakcyja się zjawia niekiedy słaba lub nawet gwałtowna z ciepłotą do 40·4° i znacznem osłabieniem.

Obserwowałem kilka przypadków, gdzie mimo obecności prątków w plwocinach reakcyi wcale nie było po żadnem zastrzyknięciu, nawet po 0·01. Dzieje się to u ludzi, u których od dłuższego czasu nastała znaczna poprawa w stanie zdrowia i których na wadze przybyło o kilkanaście funtów. W takich więc przypadkach injekcyja w celach rozpoznawczych traci na wartości, chyba, że tą rozpoznawczą injekcyją będzie o wiele większa dawka, niż ją Koch podaje, któréj jednak ze względów ostrożności nie można odrazu bez stopniowania zastosować. Dotychczasowe doświadczenie przekonywa mnie coraz więcéj, że injekcyja w celu rozpoznawczym nie jest jeszcze pewnikiem.

Również zauważyłem kilkakrotnie u chorych ze stanem podgorączkowym, że po injekcyjach ciepłota nie tylko się nie podniosła, ale przeciwnie każdego następnego dnia zniżała się o kilka dziesiętnych. U jednéj chorej od miesiąca każdego wieczoru kilkakrotny dreszcz, ciepłota dochodziła do 38°, ubytek na wadze 3 funty, po drugiej injekcyi już się nie pojawiły dreszcze w dniu wolnym od wstrzykiwań, a ciepłota wieczorem 37·2.

A teraz należy zwrócić uwagę i na czarną kartę naszych doświadczeń.

U osób wyniszczonych długą chorobą, z rozległemi naciekami w płucach lub destrukcyją, injekcyja przyniesie tylko szkodę choremu. Z powodu już wysokiej ciepłoty w czasie reakcyi łatwo nastaje zapad lub nawet śmierć. W jednym

przypadku z rozległym naciekiem prawie całego prawego płuca już po 0·0005 nastała śmierć trzeciego dnia po injekcyi. W drugim naciek rozległy w górnym i środkowym płacie płuca prawego, niewyraźne objawy destrukcyi, po injekcyi z 0·001 jama wyraźna zbliżyła się ku powierzchni płuca a następnie wywołała rozlegle suche zapalenie opłucny, tak, że tarcie pod ręką łatwo się wyczuwa. Ogólny stan chorej znacznie się pogorszył, zapad wkrótce uwolni chorą od cierpień. Trzeci przypadek; osoba młoda z naciekiem także dużym, po injekcyi objawy zapalenia płuc, stan groźny. Czwarty, lekarz około 40 lat mający, dobrze zbudowany i odżywiony, obok nieznacznych zmian w szczytach lekkie obrzmienie błony śluzowéj gardła, głos słaby, ale czysty, stan bezgorączkowy, siły dobre. Po injekcyi 0·001 wielkie osłabienie, codziennie dreszcze, gorączka, poty, których przedtem nie było, silne obrzmienie błony śluzowej krtani, bezgłos, duszność, tak, że w pogotowiu są narzędzia do tracheotomii, a sam chory rozpoznaje u siebie suchoty galopujące, nacieki w płucach szybko się powiększają. Ten ostatni przykład jest odstraszający od injekcyj, bo w tak dobrych względnie warunkach nastało tak szybko spustoszenie.

W przypadku pierwotnéj gruźlicy nerek po wstrzyknięciu reakcyja słaba, a objawów ze strony narządu moczowego nie było.

U chorych skłonnych poprzednio do krwotoków płucnych, a którzy teraz mają się lepiéj, po injekcyjach krwi nie zauważyłem, u jednéj tylko dziewczynki 12 letniéj pokazało się około 2 łyżeczek krwi.

U młodzieńca 23-letniego obok nacieku w szczytach obrzęk gruczołu podszczękowego, po wstrzyknięciu gruczoł powiększył się nagle prawie w trójnasób, a obecnie się zmniejsza. Zjawił się i zdrowy człowiek, który zamierzając wstąpić w związki małżeńskie, chciał się upewnić, ażali jest wolny od prątków gruźliczych; po dwu injekcyjach z 0·002 i 0·004 nie widząc najmniejszej reakcyi, ucieszony pospieszył na hymen.

Wśród gwałtownéj reakcyi obok nudności, wymiotów, wysokiej ciepłoty najprzykrzejszy objaw jest bardzo przyspieszony oddech, który się potęguje do znacznej duszności. W jednym z takich przypadków wystąpiła nagła zamartwica; chory z otwartemi ustami, z trwogą na twarzy i oczach ani jednego ruchu oddechowego już nie może wykonać, injekcyja z morfiny usunęła zaraz ten groźny objaw, a chory po chwili odkrztusił kłęby zbitéj flegmy i doznał zaraz ulgi.

Najstalszym i najwybitniejszym objawem po injekcyi jest zwiększona ilość plwocin, nieraz 10—15 razy, w których znajduje się znacznie zwiększona ilość prątków, tak, że całe pole widzenia zasłane jest nie pojedynczemi okazami, ale całemi gniazdami prątków. Prątki te są chudsze i okazują skłonność do dzielenia się. Wśród takiego obfitego odpluwania ciepłota stale się obniża i zdąża do prawidłowej. Z tego możnaby przypuszczać, że objawy gorączki u suchotników zależą głównie od ilości prątków, a raczéj może od ilości ich produktów trujących. Injekcyja zatem, gdyby już tylko działała jako środek wykrztuśny, wyrzucając z płuc masy prątków, mogłaby przynajmniej na czas jakiś powstrzymać rozwój choroby.

Szczegółowe spostrzeżenia ze stacyj klimatycznych będą miały niepośledną wartość, bo będą oparte na materyjale obfitym ze skalą zmian chorobowych rozległą.

Codzień napływają do obu zakładów chorzy z różnych krajów wyłącznie w celu szczepienia.

Bonn nad Renem 5 grudnia 1890.

Po spostrzeżeniach w górach Olbrzymich dla uchwycenia przeciwieństwa przeniosłem się na rozległe płaszczyzny wspaniałego Renu do Bonn. Brak miejsca nie pozwala mi choćby w krótkości opisać tutejsze kliniki, wzniesione już po roku 1880 tuż nad brzegiem Renu, — nauka w nich godnie i wygodnie przebywać i rozrastać się może. Wszystko urządzone wedle najnowszych wymagań i postępu nauki. Szczepienia Kochowskie przeprowadzają tu już w trzech klinikach: wewnętrznéj, chirurgicznéj i klinice dla chorób skórnych.

W klinice wewnętrznéj prof. Schulzego zaszczepiono 24 chorych głównie ze zmianami w płucach i krtani. Reakcyje występują wcześniej niż w Görbersdorfie, są silniejsze, z wysoką ciepłotą i objawami nerwowemi. Lekarze tutejsi biorą się do injekcyj z wielką ostrożnością; zaczynają od 0·0005 i tę samą ilość powtarzają 3—4 razy, zaczem o jeden miligram podwyższą. O jakimś dodatnim wyniku nie pora jeszcze i mówić. Chorzy z owrzodzeniami w krtani czują ulgę przy połykaniu i mniejszą bolesność. W klinice chirurgicznéj prof. Trendelenburga zaszczepiono 42 chorych przeważnie ze zmianami w kościach, stawach i wilkiem. Zaczynają injekcyje od 0·001 i również ostrożnie stopniują, a mimo to reakcyje silne i kilka razy groźne objawy. U chorego z wrzodami w krtani wystąpiło nagle takie obrzmienie i duszność, że musiano wykonać tracheotomiję. Jeden tylko przypadek wilka widziałem dobrze podgojony; na jednym policzku po odpadnięciu strupów pozostała skóra gładka, czerwona; po drugiéj stronie jeszcze strupy silnie się trzymały.

W klinice skórnéj dopiero od kilku dni zaszczepiono 8 chorych z wilkiem. Tak więc jeszcze znikąd nie można przynieść pożądanych wyników; w najlepszym razie cieszyć się trzeba, gdy ujemne a groźne skutki nie przerwą dalszych doświadczeń.

Limfa Dra Kocha, a szkoła Wiedeńska.

Do Berlina jeździć już niepotrzebuje, kto chce poznać głośne odkrycie Dra Kocha. Kilka tygodni wstecz wyjazd do stolicy Niemiec stał się był rzeczywiście modnym i spieszyło do niéj choćby na dni parę wielu lekarzy złudnemi nadziejami żywionych, tak jakby akt zastrzykiwania podskórnego był im nieznanym. Cóż bowiem pouczyć może kilkudniowe, choćby nawet kilkutygodniowe pobieżne studyjum w Berlinie wtedy, gdy zachodzi potrzeba dokładnéj, długiéj, niezmordowanéj obserwacyi. Toć jeśli podróż do Berlina przed kilku tygodniami dla lekarza praktycznego za bezcelową (ze stanowiska naukowego) uważałem, to dziś jest ona zbyteczną, zważywszy iż na naszych Wszechnicach (Kraków, Wiedeń itd.) już rozpoczęto z limfą Kocha doświadczenia, która tylko nielekarzom mniéj efektownemi wydać się mogą, a o których twierdzę, iż u nas nierównie dokładniéj i staranniéj przeprowadzonemi zostaną od doświadczeń rozgorączkowanego Berlina, których niedokładność tak słusznie podnosi kolega Surzycki w Nrze 47 „Przeglądu Lekarskiego“ na str. 663 i 664.

Mieszkając podczas bieżącego roku szkolnego w Wiedniu korzystam ze sposobności obserwowania téj nowéj sprawy, a że najprędziéj zrozumieć można sprawy bezpośrednio zmysłom naszym podpadające, przeto postanowiłem rozpocząć studyjum działania limfy Dra Kocha na oddziałach z chorobami zewnętrznemi, mianowicie na oddziale chorób skórnych prof. Kaposiego. Droga to zdaniem mojem najprostsza, a przytem wszelka łatwość przypatrzenia się doświadczeniom z bliska, zważywszy, iż asystentem na tym oddziale jest Polak, Dr. Łukasiewcz, lekarz dla ziomków swoich niezmiernie przychylny i przystępny. Jemu też głównie zawdzięczam możność zebrania kilku następnych uwag, za co na tem miejscu niechaj mi będzie wolno złożyć mu uprzejme podziękowanie.

Lecz przystąpmy do rzeczy: Na oddziale prof. Kaposiego już od paru tygodni przygotowywano i gromadzono materyjał do doświadczeń z limfą Kocha. Wszystkich chorych do tego się kwalifikujących badano przy pomocy internistów, niepomijając badania krwi, moczu i t. d. Stopniowo uzupełniał się plan spodziewanych doświadczeń, o których dodam, iż do materyjału na ten cel przeznaczonego prócz chorych z liszajem żrącym postanowiono dołączyć jeszcze osoby z innemi chorobami zewnętrznemi. Kładę nacisk na tę ostatnią okoliczność, która rzuci światło na wartość rozpoznawczą zastrzykiwań limfą Kocha. Wreszcie powiedzieć jeszcze muszę, iż na podstawie badań organów wewnętrznych u wszystkich chorych, przeznaczonych do doświadczeń, wykluczono gruźlicę płucną — u jednego zaś chorego z liszajem żrącym skonstatowano białkomocz malego stopnia.

Wreszcie nadeszła z Berlina wyczekiwana przesyłka nieodznaczająca się żadnem osobliwem, wyjątkowo starannem opakowaniem. Pudełko z miękkiego drzewa z ścianami grubości pudełka na cygara zawierało flaszkę z korkiem szklanym niczem nieróżniącą się od flaszek do odczynników chemicznych. Przesyłka zawierająca 5·0 limfy Kocha kosztowała 25 marek, więc cena jednego grama wynosi obecnie na naszą monetę 3 fl. w. a.

Dnia 29-go listopada b. r. w sobotę o godzinie 9-tej rano przystąpiono do wstrzykiwań przy licznym udziale uczniów i lekarzy. Zastrzyknięto: 1. Czternastu chorym na liszaj żrący, umiejscowiony bądź na twarzy, bądź na kończynach. 2. Jednéj choréj *cum lupo erythematoso acuto* na twarzy i na rękach (a zatem z chorobą niegruźliczą). 3. Jednéj choréj *cum lepra Arabum*, przedstawiającą formę plamistą. 4. Jednéj choréj *cum tuberculosi verrucosa cutis*, u któréj poprzednio skonstatowano obecność laseczników Kocha. Téj choréj wstrzyknięto dawkę najsilniejszą to jest 0·007. 5. Choremu jednemu *cum sarcomate pharyngis* dla sprawdzenia spostrzeżeń Kocha, który twierdzi, iż pierwsze a najsilniejsze zmiany reakcyjne po zastrzyknięciu stale występują na błonach śluzowych. 6. Dwom chorym *cum lue* (1 przypadek przedstawiający formę *s. tuberosa*, 2 gi zaś *gummosa*). 7. Jeden z przypadków sub. 1 przedstawiał prócz liszaja na nosie kilka blizn starych po przebytem próchnieniu żeber, jakoteż świeżo tworzącą się bliznę, powstałą skutkiem *caries claviculae*, przedstawiającą wrzód płytki, czysty, w okresie wyraźnego zabliźniania. U wszystkich tych dwudziestu chorych według Dra Kocha wybrano plecy za miejsce do wstrzykiwań.

Przebieg po téj manipulacyi był różny. I tak u niektórych osób reakcyja miejscowa poprzedziła ogólną, u innych stało się przeciwnie. Były także przypadki, gdzie obie reakcyje występować zaczęły równocześnie. Bardzo prędko, bo już około 1-éj popołudniu wystąpiła reakcyja tak ogólna, jak i miejscowa u kobiety *cum lepra Arabum*. Rychło stawał się widocznym wpływ zastrzykniętéj limfy na chorą tkankę; miejsca bowiem skóry poprzednio wyrażnie tylko plamami pokryte zmieniły się na wielkie, płaskie i dość głęboko sięgające nacieki. Barwa plam także wyraźniéj wystąpiła. W parę godzin późniéj u 3 osób *cum lupo vulg.* pojawiło się zaczerwienienie świeże efloresencyi z silną bolesnością i uczuciem palenia. U jednego z tych ostatnich reakcyja miejscowa jakoteż *erythema universale* wywołane limfą Kocha (*ergo E. toxicum*) wystąpiły przed pojawieniem się gorączki. Z kolei sprawdzono podobnąż reakcyję tak miejscową jak i ogólną u dwóch chorych z liszajem żrącym, u których użyto dość znacznéj dawki limfy (0·006). Lecz i u reszty osób, u których użyto dawek najmniejszych (0·003), wystąpiły zmiany reakcyjne téj saméj natury, u kilku z nich irytacyja miejscowa nieograniczyła się do samych tylko miejsc skóry liszajem zajętych, ale nawet skóra zdrowa przyległa okazywała skutki wyraźnego podrażnienia i widoczną była obwódka erysipelatyczna otaczająca liszaj naokoło. W dwóch przypadkach wystąpiło *Erythema universale*. Słusznie jednak Dr. Łukasiewicz zwracał uwagę, iż u jednego z nich poprzednio po każdorazowem wypaleniu guzków liszajowych występowało również *erythema universale*, tak że o toksycznéj naturze téj osutki u chorego ostatniego powątpiewaćby słusznie należało. Lecz najwięcéj zastanowił wszystkich wpływ zastrzykniętéj limfy Kocha na chorą *cum lupo erythematoso acuto*. Choroba ta prowadząca do zaniku bez ropienia, a odznaczająca się wytwarzaniem suchych seboroicznych łusek, nie jest liszajem *(lupus)* i jak powszechnie wiadomo nie należy do rzędu spraw gruźliczych. Pomimo to jednak u téj choréj właśnie reakcyja tak ogólna, jak i miejscowa wystąpiła najsilniéj, prawie groźnie. Ciepłota ciała doszła do 40·0° C, chora dostała wymiotów, majaczyła. Miejscowe nasiąknięcie surowicze efloresencyj było tak silne, iż potworzyło się tamże kilka pęcherzyków i krost, a sucha przedtem powierzchnia wilgotną się stała. Chora ta jeszcze przez wtorek gorączkowała (38·0° C.) i robiła wrażenie choréj dotkniętéj ciężką, ubezwładniającą chorobą. Dopiero we środę powróciła do poprzedniego stanu zdrowia. Przypadek *cum tb. verrucosa cutis* pomimo najsilniejszéj dawki (0·007) nie okazał żadnéj reakcyi, tak samo oba przypadki *cum lue*. Chory *cum sarcomate pharyngis* dopiero na drugi dzień dostał nudności, zawrotu głowy i gorączki (38·3° C.). Miejscowe podrażnienie polegało na zaczerwienienin błony śluzowéj, pokrywającéj nowotwór i na utworzeniu się kilku pęcherzyków. Co do choréj sub. 7, u któréj były stare blizny w okolicy mostka, jakoteż blizna świeżo się tworząca skutkiem przebytéj *caries claviculae*, po zastrzyknięciu limfy prócz reakcyi na nosie odświeżył się wrzód w okolicy obojczyka, brzegi jego zaczerwieniły się mocno i zapuchły, nadto powierzchnia jego, przed zastrzyknięciem czysta i sucha, pokryła się ropą obficie. Stare zaś blizny niedozualy żadnéj zmiany. U tego chorego reakcyja ogólna była silną i dłużéj trwającą. U reszty chorych reakcyja ogólna, wywołana tem pierwszem wstrzyknięciem limfy, utrzymywała się przez noc następną, u niewielu tylko do niedzieli wieczorem. Co do reakcyi miejscowéj u wszystkich chorych na liszaj żrący po ustąpieniu obrzmienia, wywołanego limfą, potworzyły się na miejscach owrzodzonych lub świeżo zabliźnionych świeże strupy, na miejscach zaś niewrzodziejących widocznem było silne łuszczenie się przyskórka. Pomimo ścisłéj obserwacyi i badania tak makro- jak i mikroskopowego musimy z żalem wyznać, iż w żadnym z przypadków powyższych nie można było dostrzedz cofnięcia się choroby tak, iż już z góry wątpić wypada o szybkim przebiegu w kierunku dodatnim. Jeśli tedy metoda Kocha u wymienionych chorych skuteczną się okaże, to dużo jeszcze upłynie czasu, nadto okaże się z pewnością potrzeba znacznéj ilości wstrzykiwań limfy, zanim liszaj zupełnie usuniętym zostanie. U choréj *cum lupo erythematoso*, u choréj *cum lepra Arabum*, wreszcie u chorego *cum sarcomato pharyngis* po ustąpieniu reakcyi powrócił stan przed zastrzyknięciem limfy znaleziony.

Z podanéj powyżéj doraźnéj obserwacyi następujące dają się wyprowadzić wnioski: 1. Zastrzykiwanie limfy Kocha wywołuje stale podrażnienie miejsc skóry liszajem żrącym zajętych, któremu towarzyszy reakcyja ogólna. 2. Reakcyja nie występuje wyłącznie u chorych z sprawami gruźliczéj natury, wystąpiła ona i to w stopniu najgroźniejszym u choréj *cum lupo erythematoso* (sub. 2), powtóre u choréj *cum lepra Arabum* (sub. 3), wreszcie u chorego *cum sarcomate pharyngis* (sub. 5). 3. Na zapytanie, czy wstrzykiwanie limfy Kocha we wszystkich sprawach gruźliczych bez wyjątku wywołuje reakcyję, nie ośmielamy się dać na razie odpowiedzi, zważywszy, iż jeden przypadek (sub. 4) niedecyduje; powtóre być bardzo może, że dla choréj rzeczonéj dawka względnie największa (0·007) jeszcze była zbyt słabą. 4. Doświadczenia powyższe obalają zdanie co do wartości diagnostycznéj limfy Kocha.

Zastrzegam sobie najwyraźniéj, jakobym w téj tak nieskończenie ważnéj sprawie odważył się wyrzec ostatnie słowo. Chętnie cofnę wszystkie wnioski lub je zmodyfikuję, jeśli mnie do tego upoważnią dalsze obserwacyje. Szybko postępująca kontrola metody Kocha z czasem wiele ciemnych jeszcze stron wyjaśni. Czekajmy tedy — i przypatrujmy się pilnie a przedmiotowo dalszym doświadczeniom, o których w następnym liście mówić zamierzam.

Dr. St. Bulikowski.

Wiedeń, d. 8 grudnia 1890.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 11 grudnia. W ostatnim zeszycie „*Centralblatt für Physiologie*“ znajduje się następujące pismo prof. fizyjologii we Wiedniu Dra Fleischla v. Marxow: „Treść rozprawy p. Dra A. Becka w Krakowie p. t.: O oznaczaniu lokalizacyi czynności mózgu i rdzenia za pomocą zjawisk elektrycznych, umieszczonéj w Nrze 16 niniejszego pisma, daje mi powód do ogłoszenia zapieczętowanego pisma, które przedłożyłem w listopadzie r. 1883 tutejszéj ces. Akademii Umiejętności i które na moje życzenie na ostatniem posiedzeniu wydziału matematyczno-przyrodniczego odczytano“.

Przytoczywszy pismo uwierzytelniające sekretarza wydziału matematyczno-przyrodniczego prof. Suessa, podaje prof. Fleischl następnie dosłowny tekst swego zapieczętowanego listu, który w przekładzie brzmi jak następuje:

„Wiedeń 6 listopada 1883. W ciągu b. r. wykonałem szereg doświadczeń na rozmaitych zwierzętach, z których wyniki wydają mi się dość ważne, abym sobie przez przedłożenie Akademii niniejszego pisma pierwszeństwo w tem odkryciu zapewnił. Jeżeli dwa symetryczne punkta powierzchni półkul mózgowych połączymy za pomocą niepolaryzujących elektrod z czułym galwanometrem, to nie spostrzeżemy żadnego wychylenia, albo tylko bardzo nieznaczne. Przy zadrażnieniu jednak narządu zmysłowego, którego środki leżą w jednem z miejsc połączonych z galwanometrem, powstaje wychylenie w pewnym kierunku; przy drażnieniu zaś odpowiedniego narządu z drugiéj strony powstaje wychylenie w przeciwnym kierunku. Doświadczenie to udaje się bardzo pięknie, np. przy odprowadzeniu prądu od miejsc oznaczonych przez M u n k a jako centra wyobrażeń wzrokowych i kolejnem oświetlaniu jednego i drugiego oka. Jeżeli przy pozostawieniu elektrod na tem samem miejscu drażnimy zwierzę parą amoniaku, działającą na błonę śluzową nosa, lub szczypaniem albo przypiekaniem kończyny, to nie otrzymamy żadnego wychylenia, albo tylko nadzwyczaj słabe, prawdopodobnie wywołane przez rozgałęzienie prądu. Łatwo jednak się udaje przy tego rodzaju drażnieniu wynaleźć te miejsca powierzchni mózgu, w których odpowiednie drażnienie sprawia silne zmiany w równowadze elektrycznéj tak, że można téj okoliczności użyć jako metody do zbadania tych części powierzchni mózgu, w których pewne czuciowe podrażnienie dochodzą do naszéj świadomości. Jeżeli się zwierzę zachloroformuje i wśród narkozy te doświadczenia powtarza, to ani śladu wychylenia w galwanometrze się nie znajduje. Po zbudzeniu się zwierzęcia otrzymuje się znowu w tem doświadczeniu dodatnie wyniki. Z tego wynika po 1) potwierdzenie wniosków wysnutych z doświadczeń w ogólności i powtóre, że narkoza chloroformowa polega rzeczywiście na czasowem porażeniu powierzchni mózgu, a nie jak niektórzy sądzą na przerwie pamięci. Doświadczenia te udawały się przy odprowadzaniu prądu nietylko od obnażonéj powierzchni mózgu, ale także od odpowiednich miejsc opony twardéj, ba nawet kości czaszki pozbawionych okostny. Należy przy tych doświadczeniach uważać, aby kora mózgowa nie ostygała, przez co widocznie ulega również porażeniu. Może nawet się uda przez odprowadzenie od skóry głowy wykazać prądy, powstające w mózgu pod wpływem różnych psychicznych czynności.

Prof. Ernest Fleischl v. Marxow.

„Z treści tego pisma, pisze daléj prof. Fleischl, z górą siedm lat mającego, wynika z niewątpliwą pewnością, że pierwszeństwo odkrycia faktu, mojem zdaniem bardzo ważnego, że procesom świadomości towarzyszą fizyczne wykazalne zmiany materyi, które są nierozerwalnie z niemi połączone, należy się nie p. Dr. A. Beckowi lecz mnie. Nie myślę wdawać się w rozbiór różnicy niektórych spostrzeżeń naszych, jak również nie znajduję żadnego powodu do krytycznych uwag nad rozprawą p. Dra A. Becka, albo do szczegółowego porównywania wartości obydwóch prac. Na tę jednę okoliczność zwróciłbym jednak uwagę, że w wynikach moich doświadczeń znajduje się odpowiedź na pytanie, na które z powodu jego natury dotąd odpowiedzieć nie można było, a mianowicie czy narkoza wywołuje przerwę w pamięci, czy też czasowe zniszczenie czucia. Zupełnie zbytecznem wydaje mi się zresztą podnieść tę okoliczność, że pomimo słuszności roszczeń moich co do pierwszeństwa, wszelka zasługa, która należy się pracy Dra Becka, zostaje nienaruszoną, gdyż on o istnieniu a tem mniéj o treści zapieczętowanego pisma udzielonego ces. Akademii w Wiedniu żadnéj wiadomości mieć nie mógł".

Z naszéj strony zauważyć musimy, że to ubieganie się prof. Fleischa o pierwszeństwo odkrycia jest co najmniéj zbytecznem. Albowiem nie rozchodzi się tu o odkrycie jakiejś nowéj metody, lecz o zastosowanie znanéj już metody do innych badań. Kwestyja oznaczania lokalizacyi ze zmian w prądach zajmowała równocześnie umysły wielu badaczy, a że była kwestyją otwartą, dowodem jest ta okoliczność, że ją prof. Cybulski podał jako temat na konkurs Wydziału Lekarskiego jeszcze w jesieni 1888 r. Temat ten opracował Dr. Beck, a pracy jego przyznał Wydział Lekarski pierwszą nagrodę. Niedługo potem była ta kwestyja przedmiotem rozpraw na Zjeździe lekarzy rosyjskich w Petersburgu. Pierwszeństwo wypowiedzenia publicznego myśli zatem należy się bezwątpienia prof. Cybulskiemu, a pierwszeństwo wykonania jéj Drowi Beckowi. Nie wchodzimy w to, co było przyczyną, że p. prof. Fleischl przez tak długi okres czasu trzymał wyniki badań swoich w tajemnicy; wszak jeżeli wyniki badań wykonanych w pierwszym roku wydawały mu się niepewnemi, mógł przez siedm lat następnych znaleść ich potwierdzenie. W każdym razie, jeżeli o pierwszeństwo o d k r y c i a m e t o d y się rozchodzi, to należy się ono chyba du Bois-Reymondowi, który nam podał sposób badania zjawisk elektryczn. w ustroju zwierzęcym, Hermannowi, który wykazał istnienie prądów czynnościowych, a następnie Sieczenowowi, który prądy te znalazł w rdzeniu przedłużonym.

Uważaliśmy za miły obowiązek zapisać polemikę, która się wywiązała z powodu pracy uskutecznionéj w jednym z zakładów naszych, a która jest zaszczytną tak dla młodego autora jak też dla kierownika zakładu. *Redakcyja.*

* W krakowskiéj Akademii Umiejętności po stanowczem zrzeczeniu się prezesa Majera wybrany został na 3 lata następne prezesem prof. literatury polskiéj Dr. Stanisław hr. T a r n o w s k i, sekretarzem zaś jeneralnym prof. historyi polskiéj Dr. Stanisław S m o l k a.

(x) *Wiener Ztg.* ogłasza rozporządzenie ministerstwa spraw wewnętrznych z 8 grudnia br. w sprawie środka leczniczego Kocha. Według tego rozporządzenia wolno sprowadzać limfę Kocha tylko z zakładów autoryzowanych przez państwowe władze pruskie, aż do odwołania tego rozporządzenia mogą otrzymywać limfę tylko przełożeni zakładów leczniczych i dyplomowani lekarze. Leczenie ambulatoryjne bez dostatecznego nadzoru lekarskiego jest zakazanem i w ogóle przy leczeniu środkiem Kocha zachować należy wszelkie ostrożności. Lekarze wolno-praktykujący obowiązani są zawiadamiać władze o każdym przypadku leczenia środkiem Kocha, a o przypadkach śmierci po zastosowaniu limfy Kocha zarówno zakłady lekarskie, jak i prywatni lekarze mają niebawem donosić władzom.

* W tygodniu 47 (od 23—29 listopada) było w Krakowie małżeństw 10, urodzin 40, skonów 62 (42·20); z tych było: z gruźlicy 11, z zap. płuc 8, z dławca i błonicy 7, z odry 3.

* Jak corocznie tak i teraz p. H. Mattoni we Wiedniu rozesłał wszystkim lekarzom kalendarze ścienne na rok 1891 ładne i wygodne.

* K o n k u r e n t P a s t e u r a. W Radzie prowincyi Antwerpskiéj przy sposobności uchwalenia zapomogi 500 franków dla zakładu Pasteura, jeden z radców odezwał się, że wprawdzie Pasteur jest wielki uczony, ale on zna innego wielkiego lekarza, który dużo innych robił cudów. Tym lekarzem jest św. Hubert, i dlatego mowca żąda, ażeby i jemu co najmniéj wyznaczyć taką samą kwotę, co Pasteurowi. Wniosek poparty przez reprezentanta słynnéj miejscowości Gheel został przez większość przyjęty. (*Le Practicien* Nr. 10).

* **Lwów.** Począwszy od 1-go b. m. wykonywają się na oddziale chirurgicznym i na oddziałach prymaryjuszów K r ó w c z y ń s k i e g o, R o ż a ń s k i e g o, W i d m a n a i S a w i c k i e g o szczepienia limfą Kocha. Dotychczas szczepiono 9 chorych z gruźlicą skóry, stawów lub kości. W sobotę szczepić się ma chorych nawiedzonych gruźlicą krtani, otrzewny i płuc. Demonstracyje i szczepienie odbywają się codzień o 10 rano zaś o 6 wieczór badanie reakcyi. Koledzy ze Lwowa i prowincyi mają wstęp dozwolony, co w ich interesie podajemy do wiadomości.

* **Wiadomości osobowe.** Prowizoryczny lekarz korwety Dr. Kazimierz M i e r o s z e w s k i mianowany rzeczywistym lekarzem korwety. — W obronie krajowéj mianowani: lekarzem pułkowym 1-éj klasy: Dr. Emil L e b e d o w i c z (w Żółkwi); 2-éj klasy zaś Drowie: Jan P r u s (Lwów), Julijan D a d l e c (Gródek), Kazimierz M i d o w i c z (Wadowice), Aleks. K o c a y (Jarosław), Kazim. S o b o l e w s k i (Złoczów) i Ludwik B u k o w s k i (Kraków); lekarzami starszymi: Drowie: Henryk F r a e n k e l (Przemyśl), Włodzimierz K o b r y ń s k i (Czortków) i Jakób B l o c h (Kołomyja).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 17-go b. m. o godzinie 6-téj po południu w k l i n i c e

chorób wewnętrznych posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) Odbędą się wybory funkcyjonaryjuszy Tow. na rok przyszły. 2) Komitet Tow. przedstawi wnioski. 3) kol. Gluziński będzie mówił o objawach fizycznych występujących po zastosowaniu środka Kocha u chorych z gruźlicą płuc.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Celem obsadzenia nowo utworzonéj posady II asystenta przy katedrze Fizyjologii z płacą rocznych 600 złr. w. a. na czas od 1 Stycznia do końca Września 1891 rozpisuje się niniejszem konkurs. Podania wnosić należy na ręce podpisanego najpóźniéj do dnia 17 b. m.

Kraków 10 Grudnia 1890. **Rydel.**



Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 20 Grudnia 1890. Nr. 51.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

Przegląd Lekarski, organ Towarzystw lekarskich krakowskiego i galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1891 **rok trzydziesty** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości $1^1/_2$ arkusza na tydzień, jak **najregularniéj.**

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne, są płatnemi.

Autorowie, życzący sobie otrzymać odbitki osobne z prac swych, zechcą na rękopiśmie oznaczyć ich ilość; życzeniom bowiem późniéj objawianym zadość czynić niemożemy.

Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. Przyczynek do histologii zmian w tkankach gruźliczych pod wpływem szczepianki Kocha.

Podał
Prof. Browicz.

Wobec braku dokładnéj znajomości zmian powstających w tkance gruźliczéj pod wpływem szczepianki Kocha, braku tłumaczącego się krótkością czasu od ogłoszenia odkrycia Kocha i brakiem dostatecznéj ilości szczepianki, każdy przypadek badany histologicznie ma wartość, dlatego też, jakkolwiek badania tkanek gruźliczych, jakie dotychczas dzięki koledze Rydygierowi przedsięwziąść mogę, nie są jeszcze ukończone, ogłaszam wynik badania jednego przypadku, gdyż zdaniem mojem wynik ten jest ważny i przyczynić się może do wyjaśnienia, w jaki sposób szczepianka Kocha na tkankę gruźliczą działa i jakie zmiany pod wpływem téjże w tkance takiéj powstają. U dziewczynki 8-letniéj z gruźlicą śródręcza i stawu łokciowego wstrzyknął kolega Rydygier 6 miligramów rozcieńczonéj szczepianki, poczem powstała silna reakcyja tak miejscowa jakoteż ogólna, w końcu nawet z objawami zapadu. Przed wstrzyknięciem części miękkie otaczające zajęte kości jakoteż brzegi przetok, z których sączyła się skąpa, płynna wydzielina ropiasta, była blada, po wstrzyknięciu w kilka godzin części te poczęły obrzmiewać, zaczerwieniać się i stały się bolesnemi i po 16 godzinach po wstrzyknięciu przedstawiały obraz kliniczny zapalenia ze wszystkiemi charakterystycznemi cechami. Na powierzchni tych części sączyła się ciecz przysychająca w brunatnawe strupki. Z dłoni ręki lewéj wyciął kolega Rydygier z brzegu przetoki tamże istniejącéj kawałeczek razem z sąsiednią skórą, długości 1 ctm., a badanie histologiczne wykazało zmiany następujące:

Przy zatapianiu kawałeczka stwardniałego w wyskoku oddzielił się mały strupek, który jak badanie mikroskopowe wykazało, składał się z strzępów warstwy przybłonkowéj, na których obu powierzchniach znajdowały się obok ciałek czerwonych krwi liczne ciałka białe. Na niektórych skrawkach znajdowała się ziarnkowata masa, jakby z rozpadu tkanki powstała, które to ziarna zabarwiły się silnie hematoksyliną.

Skrawki kawałeczka stwardniałego wykazały na powierzchni przybłonkowéj w niektórych miejscach przylegające grupy ciałek czerwonych krwi, a pomiędzy niemi ciałka białe liczniejsze, aniżeli w krwi normalnéj. Pod powierzchownemi warstwami, a więc wśród warstwy zrogowaciałego przybłonka ciałka białe tworzyły gniazda, otoczone rozsuniętym pokładem przyskórkowym, gniazda te tworzyły niejako wśród pokładu przybłonkowego pęcherzyki różnéj a nawet znacznéj wielkości. Ponad niektóremi pęcherzykami zupełnie powierzchownie położonemi była warstwa przyskórka przerwana, pęcherzyk otwarty, treść częściowo wydalona. Obok tych gniazd znajdowały się pomiędzy rozsuniętemi komórkami przybłonkowemi mniejsze grupy, jakoteż poje-

dyncze ciałka białe. Jądra komórek przybłonkowych szczególnie warstw głębszych słabo barwiły się hematoksyliną. W niektórych miejscach były one jakby porozciągane, zniekształtnione, tworzyły jakby siatkę, wśród której tkwiły ciałka białe tak, iż obraz mikroskopowy zbliżał się swem wejrzeniem do obrazu pęcherzyka ospowego.

Wśród brodawek skórnych znajdujące się naczyńka krwionośne wypełnione były niekiedy szczelnie ciałkami białemi, które i wśród utkania brodawki były mniéj lub więcéj rozrzucone. W głębi skóry jakoteż ku stronie odpowiadającéj brzegowi przetoki tkanka gruźlicza z komórkami olbrzymiemi a tu i owdzie typowemi gruzełkami przedstawiała naciek licznemi ciałkami białemi (skrawki barwione były hematoksyliną i podbarwiane eozyną), w niektórych miejscach tak gęsty, iż z wyjątkiem naczyń krwionośnych, które były próżne lub też zawierały mniéj lub więcéj liczne ciałka białe, tkanka gruźlicza stawała się zupełnie niewidoczną. W niektórych miejscach naciek ten przedstawiał cechę ropni mikroskopowych, z których w niektórych ogniskach grupy całe ciałek białych powypadały. Wśród części, gdzie utkanie gruzełkowe było jeszcze wyraźne, znajdowały się wśród gruzełków mniéj lub więcéj liczne ciałka białe, a w jednem miejscu gruzełek naciekły był w całości ciałkami białemi, wśród których komórka olbrzymia luźnie leżała. Nadto obok powyżéj opisanych zmian znajdowały się wśród tkanki téj naciekłéj ciałkami białemi ogniska krwotokowe, wśród których tkanka zupełnie była zniszczona, ogniska częścią głębiéj w skórze leżące, częścią oddzielone od powierzchni skóry pokładem przybłonka nadzianym ciałkami białemi.

Jeżeli się weźmie w rachubę tę okoliczność, iż blade przed injekcyją części przed oczyma naszemi zmieniały się po injekcyi, musimy zmiany, jakie mikroskop wykazuje, odnieść wprost do wpływu szczepianki, tem bardziéj, iż i w innych przypadkach, których badanie szczegółowe jeszcze nie ukończone, są wyraźne zmiany zapalne. I tak badanie mikroskopowe wykazuje w drugim przypadku, w którym kolega Rydygier u kilkunastoletniego chłopca wyciął po injekcyi kawałeczek ze stawu skokowego (przetok nie było), gdzie w środkowéj części już makroskopowo wyraźne było ognisko serowate typowe, otoczone soczystą tkanką gruźliczą, od obwodu ku owemu ognisku serowatemu dążący naciek ciałkami białemi wnikającemi w masę serowatą. Zmiany zapalne w drugim przypadku nie były tak znaczne, jak w pierwszym powyżéj opisanym, ale też i reakcyja tak miejscowa jakoteż ogólna była znacznie mniejszą.

Podobne zmiany znalazł Israel w ognisku gruźliczem stawowem (*Berl. klin. Woch.*, Nr. 49), a obraz, jaki opisuje Kromeyer (*Deutsche med. Woch.*, Nr. 49) w liszaju żrącym, zgadza się zupełnie z obrazem, jaki podaję powyżéj.

Tak więc już w trzech różnych formach gruźliczego zajęcia tkanek wykazuje badanie mikroskopowe zgodny stan tychże tkanek po stosowaniu szczepianki. Zestawiając wynik badania mikroskopowego konstatuję:

1) iż pod wpływem szczepianki Kocha nie powstaje obumieranie tkanki gruźliczéj, nekroza, którąby można przyrównać do nekrozy koagulacyjnéj, jakiéj ulegają tkanki gruźlicze w zwykłym biegu rzeczy;

2) iż rozwija się typowe zapalenie z tworzeniem się obfitéj wypociny, która w powierzchownych formach gruźlicy wysącza się na powierzchnię;

3) iż zapalenie to przybrać może cechę krwotokową;

4) iż wreszcie zapalenie to potęgować się może aż do zropienia tkanki gruźliczéj (ropienie naturalnie chemiczne w przeciwstawieniu do ropienia zakaźnego w ścisłem tego słowa znaczeniu), czyli ażeby uniknąć wysnuwania niewłaściwych wniosków z użytego wyrażenia „ropienie“, zapalenie to potęgować się może do rozpłynięcia się tkanki gruźliczéj.

Jakież znaczenie może mieć to rozpływanie się tkanki gruźliczéj?

W powierzchownie położonych ogniskach gruźliczych prątki gruźlicze wydostać się mogą na powierzchnię i wydalać z organizmu Wniosek ten potwierdza spostrzeżenie Dra Kryńskiego w klinice kol. Rydygiera uczynione, iż w strupkach powstających na powierzchni skóry liszajem żrącym dotkniętéj znajdują się od czasu do czasu prątki Kocha.

Rozpływanie się ognisk głębiéj położonych lub też ognisk w wewnętrznych narządach musi sprowadzić dostanie się prątków w otoczenie, jako też w obieg ogólny. Dotychczas obawialiśmy się i słusznie dostawania się nagłego prątków z ognisk gruźliczych rozmiękających ze względu na zakażenie ogólniejsze. W płucu nadto stosunki będą bardziéj skomplikowane, bo z powodu budowy rozlewanie się wypociny zapalnéj po za obręb ognisk gruźliczych będzie miało w przypadkach, gdzie znajdują się liczniejsze rozsiane ogniska gruźlicze, znaczenie ważniejsze ze względu, jak to słusznie Kromeyer podnosi, na znaczniejszą stąd wynikającą bezpowietrzność i obrzęk zapalny płuca.

Jeżeli prątki gruźlicze, jak Koch twierdzi, nie tracą pod wpływem szczepianki swych bijologicznych własności, jakie następstwa to nagłe uruchomienie kolonij prątkowych za sobą sprowadzić może?

Nasuwają się więc teraz liczne pytania, na które dopiero dalsze badania i doświadczenia kliniczne odpowiedzi dostarczyć mogą.

Wynik badania mikroskopowego powyżéj podany nasuwa jednak już dzisiaj, zdaniem mojem, wskazówkę praktyczną, iż należałoby może, jeżeli stopień reakcyi lokalnéj zależy głównie od ilości wstrzykniętéj szczepianki, stosować z początku ilości szczepianki jak najmniejsze i w odstępach czasu większych, ażeby ilość prątków uwalnianych wskutek rozpływania się ognisk gruźliczych głęboko położonych, skąd one na powierzchnię albo wcale nie, albo przynajmniéj trudniéj wydostać się mogą, była jak najmniejszą, a przez to zakażanie organizmu, zawsze wychodząc z twierdzenia Kocha o niezmienionych własnościach prątków, było utrudnione.

II. Kilka spotrzeżeń nad działaniem środka Kocha szczególniéj u dotkniętych gruźlicą płuc.

(Wykład miany na posiedzeniu Tow. lekarskiego krak.)

Podał

Prof. Dr. Gluziński.

Panowie! Dzięki uprzejmości prof. Rydygiera mam daną sposobność obserwowania działania środka Kocha — a głównie u chorych z gruźlicą płuc. Obserwacyja ta jest już przeszło dwutygodniową, a ilość przypadków nieskąpa, bo kilkanaście wynosząca. Jeżeli dzisiaj występuję ze sprawozdaniem krótkiem, to nie dla podania rezultatów leczniczych, o nich nie tak prędko się dowiemy, lecz dla zwrócenia uwagi na kilka szczegółów, mniéj w dotychczasowych spostrzeżeniach uwzględnionych, odnoszących się tak do ogólnego działania środka, jak zwłaszcza miejscowego na płuca.

Z tego powodu nie zdaję sprawy szczegółowo, nie przytaczam *in extenso* historyj chorób, aby nie powtarzać znanych Panom rzeczy tak z pierwszego mego sprawozdania, jak i z doniesień po wszystkich czasopismach lekarskich ogłoszonych, a ograniczę się do następujących szczegółów:

Badając stan, jaki przedstawia chory podczas reakcyi, otrzymujemy obraz, jaki mamy podczas choroby zakaźnéj, nietylko wnosząc z ogólnych objawów ale z powiększania się śledziony podczas reakcyi, szczegół na który to objaw pierwszy zwrócił uwagę prof. Korczyński, a który dość często spostrzegałem. Powiększanie to śledziony dość szybko nastaje a i szybko ustępuje, i zwykle stwierdzamy je tylko przy pierwszych reakcyjach.

Drugim szczegółem, który podnieść uważam za stosowne, jest działanie środka na serce, jakie z zestawienia obserwacyi wynika. Na podstawie takowych można powiedzieć, że środek Kocha w tym kierunku należy do trucizn sercowych, a zdanie to opieram na szczegółach następujących: W przeważnéj liczbie przypadków stwierdzamy przyspieszenie tętna, nie odpowiadające stopniowi ciepłoty, przyczem tętno staje się miękkiem, u ludzi starszych z miażdżycowemi zmianami nieregularnym; niestosunek ten utrzymuje się często po spadku ciepłoty a wtedy tem wybitniéj występuje, np. w jednym przypadku u młodéj dziewczynki ze zdrowym układem naczyniowym przy ciepłocie 36·4 tętno 150 — daléj przy powtarzanych wstrzykiwaniach ogólna reakcyja objawiała się często nie podniesieniem ciepłoty ale jedynie dość znacznem przyspieszeniem tętna i zmniejszeniem jego napięcia, wreszcie w przypadkach, w których wystąpiły groźne dla życia objawy, takowe wprost odnieść trzeba było do osłabienia czynności serca, objawiającego się ledwo macalnem a prawie niepoliczalnem tętnem, ogólną sinicą, zziębnięciem kończyn, a stan ten utrzymywał się w jednym przypadku wilka (*lupus*) nawet po wróceniu ciepłoty prawidłowéj, przez 2 dni. Fakt zaś, że niekiedy objawy tego osłabienia sercowego (zapadu) występują po 2 lub 3 wstrzyknięciu téj saméj dawki środka nasuwa myśl, że środek ten działa na narząd krążenia zbiorowo (*kumulatywnie*). Czy dotkniętym tu jest sam mięsień sercowy, czy, co prawdopodobniejsze, aparat nerwowy, dziś trudno rozstrzygnąć. W każdym razie spostrzeżenia te czynią koniecznem zwrócenie uwagi na narząd krążenia przy stosowaniu tego środka.

Przechodzę obecnie do zmian fizycznych, jakie wykazać można w płucach u dotkniętych gruźlicą tego organu. — Zmiany te najlepiéj przedstawi następująca historyja choroby:

M. K., l. 30, osoba dobrze zbudowana i odżywiona, z obfitą tkanką tłuszczową. Odgłos wypukowy po stronie prawéj z przodu lekko przytłumiony nad i pod obojczykiem, z tyłu do grzebienia łopatki, po stronie lewéj z przodu jawny, z tyłu w szczycie na 3 ctm. lekkie przytłumienie. Zresztą na całym obszarze płuca odgłos wypukowy jawny. W szczycie prawym z przodu wdech pęcherzykowy przerywany, wydech nieoznaczony, z tyłu również, podczas wdechu skąpe tylko rzężenia, w szczycie lewym wdech i wydech mniéj szorstki, czasami skąpe podczas wdechu rzężenia. Stan bezgorączkowy. Plwociny bardzo skąpe, dniami całemi ich niema, kaszel krótki bardzo rzadko. W odplutéj grudce prątki gruźlicze nieliczne wykazano.

1/XII. Inj. 0·001 o godzinie 11 rano. Najwyższa ciepłota 39·2. Wieczorem o gdz. 8 wykazano zmiany następujące: W szczytach obydwóch pojawiła się znaczniejsza ilość drobnobańkowatych rzężeń, a nadto w miejscach poniżéj stłumień szczytowych leżących wystąpiła również obfita ilość drobnobańkowatych rzężeń i to po lewéj stronie do $^1/_2$, po prawéj do kąta łopatki. Wypuk w tem miejscu stał się bębenkowym, a szmery oddechowe na całéj téj przestrzeni bardzo szorstkie. Podmiotowo uskarża się chora na ból w górnéj części klatki piersiowéj.

2/XII. Inj. 0·001. Najwyższa ciepłota 38·2. Stan tensam. W miejscach, gdzie wystąpiły rzężenia, stwierdzono odgłos lekko przytłumiony, ilość rzężeń niezmieniona.

3/XII. Inj 0·001. Najwyższa ciepłota 37·4. Ilość rzężeń mniejsza, przytłumienie wyraźniejsze.

4/XII. Przed wstrzyknięciem. Ilość rzężeń w obydwóch szczytach znacznie mniejsza. Rzężenia, które wystąpiły poniżéj pierwotnych przytłumień zupełnie ustąpiły, wypuk w tych miejscach wyraźnie przytłumiony, w miejscach pierwotnych przytłumień zupełnie słumiony, tak że dzisiaj mamy zmianę wypukową sięgającą z tyłu od szczytów po prawéj stronie do kąta łopatki, po lewéj do $^1/_2$ łopatki. Wdech w tych miejscach szorstko pęcherzykowy, wydech oskrzelowy. O godzinie 11 rano. Inj. 0·002. Najwyższa ciepłota 38·6 C. W 9 godz. po inj. w miejscach nowych stłumień znów obfita ilość rzężeń drobnobańkowatych, nadto z przodu po prawéj stronie od 2—4 żebra również wystąpiły rzężenia, a odgłos w tem miejscu bębenkowy.

5/XII. Rano brak rzężeń. Odgłos wypukowy jeszcze silniéj przytłumiony także z przodu między 2—4 żebrem. Inj. 0·002. Najwyższa ciepłota 38° C. W 3 godziny krwioplucie. Wieczorem stan taki jak w d. 4/XII po inj.

6—9/XII. Inj. tylko w d. 8/XII w dawce 0·003. Najwyższa ciepłota 38·4. W inne dni nie wstrzykiwano dla krwioplucia. Przez dni te stłumienia coraz wyraźniejsze tak w miejscach pierwotnie zajętych jak i poniżéj powstałych, szczególnie po stronie prawéj, gdzie też wdech i wydech na całej przestrzeni jest oskrzelowy.

10/XII. Inj. nie było. Natężenie słumień maleje, szmery oddechowe mięką.

11/XII. Rano stłumienie jeszcze mniejsze, od grzebienia łopatki ku dołowi pojawia się średnia ilość podczas wdechu drobnobańkowatych rzężeń (trzeszczeń). Tylko w szczycie po stronie prawéj z tyłu pozostał wdech i wydech oskrzelowy, zresztą wszędzie już wdech pęcherzykowy a wydech nieoznaczony. O godzinie 11 Inj. 0·004. Najwyższa ciepłota 39. W 9 godzin już obfita ilość rzężeń, wypuk napowrót tłumieje.

12/XII. Rzężeń prawie nie słychać, natomiast wybitne stłumienie tych rozmiarów jak opisane w d. 4/XII.

Podobne objawy napotykamy i u innych chorych, daleko wyraźniéj u tych, u których zmiany fizyczne przed zastosowaniem środka Kocha były nieznaczne, mniéj u chorych z rozległemi zmianami, jednak i u nich przy ścisłem badaniu było je można stwierdzić. Zmiany te przedstawiają się więc w sposób następujący:

W kilka lub kilkanaście godzin po injekcyi w obszarze zmian pierwotnie wybadalnych[1]), a zwłaszcza w sąsiednich częściach płuca, gdzie poprzednio żadnych zmian wybadać nie było można, przeważnie z tyłu, niekiedy zaś w odleglejszych miejscach, np. w pasze od dołu występuje dość obfita ilość rzężeń drobnobańkowych (trzeszczeń) pod koniec wdechu, szmery oddechowe zaostrzają się. Wypuk w miejscach, gdzie był poprzednio przytłumiony, staje wyraźniéj przytłumiony, a w dalszym ciągu staje się nieraz zupełnie stłumionym, w miejscach zaś, gdzie pierwotnie wypuk zupełnie był jawny, a po zastrzyknięciu wystąpiły rzężenia, staje się bębenkowym i stopniowo potem przechodzi w stłumienie zlewające się z pierwotnem stłumieniem. Temu towarzyszy ustępowanie a nawet znikanie rzężeń, a szmery w miarę rozwijania się stłumienia stają się oskrzelowe.

---

[1]) Z wyjątkiem miejsc, gdzie już był wypuk zupełnie stłumiony a wdech lub wydech oskrzelowy, gdzie, jak przypuszczać trzeba, leżą już obumarłe tkaniny gruźlicze.

Podmiotowo uskarżają się chorzy na bóle w tych miejscach, a w 3 przypadkach mogłem stwierdzić wyraźne świeże tarcie opłucnowe. Zmiany te nieraz szybko ustępują, bo w 1—2 dni, i znowu powstają przy następnych wstrzykiwaniach. Przy wstrzykiwaniach przez kilka dni codziennie dokonywanych, gdy zmiany wywołane pierwszem wstrzyknięciem wzmacniają się niejako zmianami przez 2 lub 3 wstrzyknięcie wywołanemi, objawy te występują najwybitniéj; podnieść muszę jednak z drugiéj strony, że widziałem ustępowanie tych zmian podczas codziennego stosowania środka. Ustępowaniu towarzyszy niekiedy napowrót wystąpienie drobnych rzężeń — a z wyjawnieniem odgłosu znikają takowe. Wyjawnienie to jednak w niektórych razach nie jest zupełne. Mam przypadki, w których stłumienie dotychczas (dwa tygodnie) pozostało, chociaż może w nieco mniejszem natężeniu, przytłumienia zaś pierwotne w szczytach po przejściu w stłumienie, niektóre do téj chwili w tym stopniu się utrzymują tak, że u chorych, przyjętych z małemi wypukowemi zmianami w szczytach, dziś po dwutygodniowem stosowaniu środka Kocha wykazać można stłumienie wyraźne na znaczniejszéj przestrzeni. Dodać zarazem winienem, że w miejscach pierwotnych zmian ilość rzężeń, gdzie takowe istniały, wśród dwutygodniowéj obserwacyi w porównaniu z pierwotną ilością zmalała bezwarunkowo. W ciągu dalszéj obserwacyi pokaże się, co się z temi stłumieniami stanie, a teraz zastanowię się, jak te objawy tłómaczyć można.

Zdaniem mojem objawy te są wynikiem zapalenia reakcyjnego wśród żyjącéj tkanki gruźliczéj, podobnie jak to środek Kocha wywołuje przy zmianach gruźliczych, n. p. na skórze. W zapaleniu tem odróżnić można 3 okresy, widoczne szczególniéj w miejscach, które poprzednio przedstawiały się prawidłowo, a mianowicie: nawału (odgłos bębenkowych, wystąpienie drobnobańkowatych rzężeń), nacieku (stłumienie odgłosu, ustąpienie rzężeń, szmery oskrzelowe) i rozdzielania (pojawienie się rzężeń drobnobańkowatych, jawnienie odgłosu, znikanie szmeru oskrzelowego). Przebieg okresów pojedynczych jest jużto krótszy jużto wolniejszy.

W a r t o ś ć l e c z n i c z a środka Kocha w g r u ź l i c y p ł u c zależeć będzie, zdaniem naszem, od tego, o ile środek ten sprowadzać będzie nekrozę ogniska gruźliczego, a umiejscowienie jego umożliwi jego wydalenie na zewnątrz lub o i l e t a r e a k c y j n a s p r a w a, k t ó r ą f i z y c z n i e w y k a z a ć m o ż n a, b ę d z i e w s t a n i e w y t w o r z y ć o c h r o n n y w a ł p r z e c i w k o d a l s z e m u s z e r z e n i u s i ę p r o c e s u g r u ź l i c z e g o, a to w leczeniu gruźlicy płuc, jeżeli środek ten nie zabija prątków gruźliczych lub nie czyni organizmu zupełnie odpornym, byłoby może najważniejszem. Z t e g o p o w o d u ś l e d z e n i e t y c h p o z o s t a ł y c h s t ł u m i e ń j e s t w e d ł u g m n i e r z e c z ą n i e z w y k ł é j w a g i, czy powstałe stłumienia te nie są zapowiedzią wytwarzania się tego ochronnego wału. Mimowolnie nasuwa się także myśl, aby przy dalszéj obserwacyi uwzględnić, czy ta reakcyjna sprawa z drugiéj strony nie uczyni tych miejsc przystępniejszemi dla szerzenia się sprawy gruźliczéj, jak to się obserwuje po zapaleniach płuca u gruźliczych.

Znaczenie tych reakcyjnych spraw w płucu przyszłość okaże. Dziś jednak można powiedzieć, jeżeli tłomaczenie ich nasze jest słuszne, że środek Kocha obok wartości dyjagnostycznéj w ogóle dla gruźlicy, może mieć i znaczenie dla wykazania ognisk gruźliczych w płucach, których nie byliśmy w możności dotychczasowemi fizycznemi sposobami badania wykazać i dać nam właściwe pojęcie o rozległości zmiany, jak to wykazuje np. podana wyżéj historyja choroby, gdzie zmiany były zaledwie wybadalne w szczytach, a obecnie są rozległe stłumienia.

Z innych szczegółów podnieść należy, że w połowie przypadków wystąpiło mniéj lub więcéj obfite k r w i o p l u c i e, częściéj w początkach reakcyi, nieraz jednak i na drugi dzień. Sama już ilość ich przemawia przeciw przypuszczeniu, że jest ono przypadkowe, lecz że jest wynikiem działania samego środka, który podobnie jak na skórze musi sprowadzać przekrwienie w żywéj tkaninie gruźliczéj w płucu, o czem świadczyć może nagłe zaostrzenie szmerów oddechowych przez czas reakcyi, a nieraz i dłużéj.

P l w o c i n y co do jakości jak i ilości dotychczas prawie żadnéj nie uległy zmianie, w przypadkach z skąpem odkrztuszaniem wcale ilość ich się nie zwiększyła, w tym kierunku nie zgadzają się nasze dotychczasowe spostrzeżenia ze spostrzeżeniami innych. — To samo możemy powiedzieć o p r ą t k a c h Kocha w plwocinach, których ilość, jak to często bywa, wśród obserwacyi była różną, w kształtach takowych widzieliśmy zmiany opisane przez Fräntzla, nie jest to jednak regułą i faktowi temu większego znaczenia zdaniem mojem nie można przypisać. Niektórzy chorzy bardzo prędko przestawali reagować podwyższoną ciepłotą na środek, chociaż takowy stosowano w coraz większéj dawce, nie można jednak powiedzieć, żeby w zupełności reakcyi n i e b y ł o, bo tu się objawiała nieraz przyspieszonem tętnem, uczuciami podmiotowemi i miejscową reakcyją w płucach. Przytoczyć również muszę, że reakcyja u chorych na gruźlicę płuc nieraz występowała dopiero po powtórnem za stosowaniu środka.

III. Z oddziału chirurgicznego prof. Obalińskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

O doszczętnem leczeniu przepuklin pachwinowych sposobem Bassiniego.

Podał
Dr. Czesław Podgórski,
I-szy sekundaryjusz oddziału.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 50.)

Nic więc dziwnego, że wobec takich wyników prof. O b a l i ń s k i prawie jedynie tego sposobu na swym oddziale przez 2 lata używał i że niejako z niedowierzaniem przyjęliśmy rzecz o nowéj w tym kierunku metodzie Bassiniego w 40-tym tomie 2-gim zeszycie pag. 429 archiwu Langenbecka ogłoszonéj. Sposób jednak wykonywania tejże jest tak racyjonalnie i w duchu fizyjologicznym pojęty a materyjał, którym autor metodę swą popiera tak bogaty, pomyślny i przez dłuższy czas obserwowany, iż odwraca od niego wszelki możliwy zarzut wprowadzania jakiéjś nowéj metody jedynie w celu zaznaczenia swéj pomysłowości. Dosyć powiedzieć, że autor nie wcześniéj wystąpił z ogłoszeniem swéj metody, aż ściśle według niéj operował 262 przypadki, a niektóre przez przeciąg pięciu lat miał na oku. Nawrotów we wszystkich tych przypadkach skonstatowano 7, nie znanym był dalszy przebieg u 4, a jeden przydarzył się przypadek śmierci, reszta wszystkie były wyleczone, a z tych aż sto ośm w czasie od $4\frac{1}{2}$ lat do roku po operacyi jako

zdrowe skonstatowane. Operacyję wykonywa się według opisu autora w następujący sposób:

W głębokiéj narkozie przy jak najściślejszem zachowaniu wszystkich zasad antiseptyki prowadzi się cięcie skórne ponad przepukliną i to od wysokości brzusznego aż do zewnętrznego ujścia kanału pachwinowego (analogicznie zupełnie z cięciem skórnem używanem przy metodzie Riesela). Odsłania się więc w ten sposób rozścięgno mięśnia skośnego zewnętrznego i z jego rozstępu wychylający sznur nasienny z naczyniami, a względnie przepuklinę lub sam worek. Następnie utamowawszy krwotok rozcina się ścięgno mięśnia skośnego zewnętrznego i to znowu na długości od zewnętrznego pierścienia pachwinowego, z którego wychyla się przepuklina aż do miejsca odpowiadającego wewnętrznemu otworowi kanału pachwinowego. Brzegi w ten sposób rozciętego rozścięgna mięśnia zewnętrznego odłuszcza się od podstawy i tworzy z niego jakby górny i dolny płat. Teraz widzi się więc dolną część szyi przepukliny zupełnie obnażoną, gdy górna jéj część pokryta jest (z powodu skośnego przebiegu kanału pachwinowego) jeszcze nieco mięśniem skośnym wewnętrznym, rozścięgnem mięśnia poprzecznego i powięzią prostopadłą Coopera. Obecnie unosi się ku górze szyję przepukliny wraz ze sznurkiem nasiennym, podszedłszy pod nie palcem oddziela sznurek nasienny od worka i to wgłąb aż poza otwór brzuszny przepukliny. Następnie oddziela się worek przepuklinowy od otoczenia i od sznurka nasiennego na całéj przestrzeni ku dołowi, wygina się go ku zewnątrz, nacina w podstawie, stwierdza, czy jelita nie są gdzie przyrośnięte, lub sieć zgrubiała, gdyż zrosty się usuwa a sieć zgrubiałą odcina, a po odprowadzeniu jelit worek w szyi się skręca, podwiązuje i na jeden ctm. niżéj podwiązki odcina. W razie, gdy szyja przepukliny jest bardzo szeroka, radzi autor dla pewności poniżéj podwiązki pojedynczéj założyć drugą kłutą, dwuboczną. W ten sposób podwiązana otrzewna wycofuje się do jamy brzusznéj. Obecnie wygina się sznurek nasienny a w razie potrzeby i jądro ku górze na powłoki brzuszne, a gdy pomocnicy odciągają hakami ostremi dolny płat rozścięgna mięśnia zewnętrznego ku dołowi a górny ku górze, odsłania operujący cały kanał pachwinowy ku zewnątrz aż na jeden ctm. po za miejsce wyjścia sznurka nasiennego z zatoki biodrowéj i ku wewnątrz aż do ramion więzadła Pouparta, oddzielając zewnętrzny brzeg mięśnia prostego brzucha i potrójną warstwę ze ścięgna mięśnia skośnego wewnętrznego, poprzecznego i powięzi prostopadłéj Coopera, utworzoną tak od mięśnia skośnego zewnętrznego, jak i w głąb od tkanki podsurowiczéj w ten sposób, że cała ta ujęta razem warstwa i z tylnym odsłoniętym brzegiem więzu Pouparta szwami węzełkowemi zespojona stanowi głęboką nowowytworzoną ścianę kanału pachwinowego. Zespojenie to zaczyna się od dołu i to tak, że przy kości łonowéj zakładane szwy winny zabierać pasek mięśnia prostego brzucha, podczas gdy dalsze przynajmniéj na 2—3 ctm od brzegu powyżéj wspomnianéj potrójnéj warstwy wykłuwać należy. Zakładając w ten sposób kolejno szwy posuwamy się ku górze i ku zewnątrz, aż dojdziemy do sznurka nasiennego, dla przejścia którego z jamy brzusznéj w górnym brzegu rany otworek zostawiamy. Teraz kładziemy na téj utworzonéj ścianie na powyższe szwy sznurek nasienny (a w danym razie wprowadzamy jądro do moszen) i nad niem zeszywamy oba płaty rozścięgna mięśnia zewnętrznego od zewnątrz i góry, ku dołowi i wewnątrz, gdzie zbliżamy da siebie ramiona otworu zewnętrznego, między któremi przechodzi sznur nasienny na zewnątrz. Teraz przychodzą szwy skórne zespajające ranę całkowicie, gdyż tylko w razach dużych przepuklin, gdzie oddzielenie worka było połączone ze znacznemi trudnościami, radzi autor zakładać sączki ku dołowi.

Do tego opisu dołącza autor dodatkowo sposób postępowania w przepuklinach wrodzonych i w t. zw. *hernia directa*. Zachęcony tak zaletami teoretycznemi jak i pięknemi wynikami, jakie autor uzyskał, zastosował prof. Obaliński powyższą metodę w następujących dziesięciu przypadkach, których przebieg podaję:

1) Marcin Gruszczyński, syn wyrobnika, lat 7 liczący, z Wielowsi, zgłosił się z wolną przepukliną pachwinową prawą wielkości pięści. 4/VI wykonano operacyję Bassiniego. Sączka nie zakładano. Zgojenie przez rychłozrost tak, że chory po ośmiu dniach tj. 12 czerwca zaraz po wyjęciu szwów na żądanie rodziców szpital opuścił, bez śladu przepukliny.

2) Jan Ciąbor, l. 19, stolarczyk z Krakowa, u którego od 5-ciu lat występuje od czasu do czasu przepuklina pachwinowa prawa wielkości jaja gęsiego, dająca się łatwo odprowadzić, okazuje obecnie t. j. 10 czerwca przypady uwięźnięcia takowéj trwające od 24 godzin. Ból gwałtowny obok nieregularnego wzdęcia dolnéj połowy brzucha, wymioty, brak stolca i wiatrów. Gdy w narkozie przepuklina odprowadzić się nie dała, wykonano zaraz operacyję radykalną Bassiniego. Rana goi się przez rychłozrost 15/IV usunięto szwy, a 17/VI chory opuszcza szpital. Stosownie do polecenia zgłosił się chory jeszcze parę razy, a na zjeździe chirurgów 16-go lipca był przedstawiony; chodzi, pracuje bez paska. W miejscu rany widoczna jest białawo-różowa blizna. 16 października przepukliny ani śladu przy badaniu nie dostrzeżono.

3) Szymon Weinstok, l. 40, z Wytrzeszczki, cierpi zaledwie od 9 miesięcy na przepuklinę pachwinową prawą wolną, która jednak nie daje się paskiem utrzymać, a obecnie już wielkości dwóch głów dorosłego człowieka dochodzi i sięga po staw kolanowy. Prącie kryje się całkowicie w skórze przepukliny tak, że tylko szczelinka zewnętrzna ślad jego zaznacza i do oddawania moczu służy. Chorego widzieli uczestnicy zjazdu chirurgów na oddziale prof. Obalińskiego. Dnia 22 lipca w narkozie chloroformowéj usunięto doszczętnie przepuklinę sposobem Bassiniego, o tyle tylko indywidualizując przypadek, że szyję z powodu jéj obszerności parokrotnie szwami w poprzek a dopiero późniéj *en masse* podwiązką zamknięto. Chory nazajutrz po operacyi począł gorączkować (ciepł. wiecz. 39·2), a gdy stan przez parę dni jeszcze się utrzymywał i moszna okazywały obrzęk i zaczerwienienie, puszczono kilka szwów w dolnym końcu rany i zrobiono przeciwotwór w mosznach od dołu. Wypłynęła znaczna ilość rozłożonéj krwi. Ciepłota spadła a obrzęk moszen pod octanem glinowym ustąpił szybko. Po tygodniu jeszcze w górnym brzegu rany wytworzył się ropień powierzchowny, z którego odeszła nitka jedwabna, a odtąd stan stopniowo się poprawia, tak, że chory w 5 tygodni po operacyi zakład jako wyleczony i bez paska opuszcza.

4) Józef Gębczak l. 36, młynarz. Od pięciu lat wypadają choremu przy chodzeniu jelita w worek przepuklinowy pachwinowy po stronie prawéj wielkości pięści. Dnia 11-go września b. r. wykonano typowo operacyję sposobem Bassiniego. Chory po 12 dniach z raną zupełnie *per primam* zagojoną bez śladu przepukliny szpital opuścił.

5 i 6) Michał Kogut, l. 32, rolnik. Chory od czasu dziecięctwa cierpi na przepuklinę obustronną pachwinową, wielkości pięści dorosłego człowieka. Po stronie lewéj jednak nacisk bywa zawsze znaczniejszy, a przepuklina w całości odprowadzić się tu nie dawała. Przy pracy lub używaniu paska chory doznaje bólu. Dnia 12/IX wykonano obustronnie (po str. lewéj autor niniejszéj rozprawki) operacyję sposobem Bassiniego. Worek szczególnie po stronie lewéj był niezwykle cienki tak, że rwał się przy oddzielaniu sznurka

nasiennego. Zdołano go jednak o tyle oddzielić, że podwiązany cofnął się do jamy brzusznéj. W dole nad jądrem znaleziono drugi worek od powyższego oddzielony a część sieci obliterowanéj mieszczący. W worek ten włożono pasek gazy jodoformowéj. Po stronie drugiéj i resztę rany po stronie lewéj zeszyto. Pomimo niespokojnego zachowania się chorego wygojenie zupełne *per primam* nastąpiło w 12-tu dniach i chory bez paska, uwolniony od przepuklin, zakład opuścił.

7) Jan Szkolnik, ekspres, lat 58 liczący, jest niejako żywą historyją leczenia przepuklin. Przed 20 laty z powodu uwięźnięcia przepukliny pachwinowéj lewéj przebył herniotomiję. Gdy jednak przepuklina z czasem zwiększała się a paskiem zatrzymać się nie dała, poddał się przed $1\frac{1}{2}$ rokiem leczeniu doszczętnemu sposobem Mac-Ewena (i jest w statystyce prof. Obalińskiego w Przeglądzie z r. 1889 str. 358 pod l. 12 opisany). W dwa tygodnie po wyjściu ze szpitala począł oddawać się ciężkiéj pracy, paska nie używał a po 15-tu miesiącach zauważył, iż przepuklina na nowo występuje i bardzo szybko się zwiększa, tak że 22 września b. r. poddał się na nowo operacyi radykalnéj, tym razem sposobem Bassiniego. Na chorym okazującym przepuklinę pachwinową lewą wielkości głowy dziecka jednorocznego, wolną, nie dającą się paskiem utrzymać, pokrytą licznemi głębokiemi bliznami (z powodu znacznego ropienia po operacyi Mac Ewena wywołanego obumarciem worka) wykonano operacyję z tą odmianą, że szyję z powodu jéj bardzo znacznéj obszerności (brama przedstawiała się jako pierścień ścięgnisty 10 ctm. w poprzek a 4 na wysokość mierzący) zamknięto szwem Zweiffla-Obalińskiego, wzmocniono szwem kuśnierskim, a po drugie, że na szwy ściany głębokiéj ułożono sznurek nasienny nie w całości, ale tylko jego zwój naczyń, gdyż *vas deferens* bliznowato z workiem zrośnięte przy operacyi przeciąć musiano. Do jamy na mosznach po wyłuszczeniu worka powstałéj, wprowadzono pasek gazy jodoformowéj. Rana goi się szybko, obrzęk nie wystąpił, tak że choremu po dwóch tygodniach ranę zresztą *per primam* wygojoną, kollodionem przykryto i w Towarzystwie lekarskiem przedstawiono.

8) Izrael Kleiner, lat 54, kupiec z Miechowa. Chory trzy dni przed zgłoszeniem się do szpitala po ruchu forsownym spostrzegł, iż mu po stronie lewéj w pachwinie wystąpił guz wielkości orzecha włoskiego, z początku niebolesny później nieco tkliwy. Trzeciego dnia wystąpiły mierne bóle dołem brzucha. Wymiotów nie było, mocz, kał i wiatry odchodzą prawidłowo. Przy badaniu chorego o ciepłocie nie podwyższonéj, skonstatowano w okolicy pachwinowéj lewéj pod więzem Pouparta tuż nad *tuberculum pubicum* guz wielkości małego jabłka o największym rozmiarze w poprzek do osi ciała przebiegającym, napięty, miernie bolesny do jamy brzusznéj odprowadzić się nie dający. Odgłos wypukowy nad obrzękiem tępy, przy kaszlu napięcie się zwiększa. Badając jednak w głąb palcami wyśledza się, iż szyja nie idzie skośnie przez przewód pachwinowy, ale przebija ścianę brzuszną wprost odpowiadając położeniem swem *fovea inguinalis interna.* Rozpoznano więc *Hernia inguinalis directa cum incarceratione omenti*, a przystąpiono do operacyi sposobem Bassiniego. (Dok. nast.)

IV. Dalsze przyczynki do chirurgii jelit.

O pięciu resekcyjach jelit.

Podał

Dr. Roman Barącz we Lwowie.

(Dok. Patrz Nr. 49.)

Köhler[1]) mógł zebrać w roku 1887 25 resekcyj jelita grubego wobec nowotworu. Z tych w 7 przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne, 18 przypadków wyzdrowiało; w ostatnich przypadkach tylko w 15 wyzdrowienie miało być trwałem, w 3 nastąpił już po kilku miesiącach powrót choroby. Procent wyzdrowienia wynosi zatem 60%, śmiertelność 40%. Procent względnego wyzdrowienia po kolotomii wobec nowotworu wykonanéj wynosi według Erckelensa tylko 62%; korzyści kolotomii nie były więc o wiele lepszemi.

[1]) *Darmresection bei Carcinom des Dickdarms, Inauguraldissertation*, 1881, str. 34.

Robert F. Weir[1]) z Nowego Yorku zebrał 35 przypadków resekcyi jelita dla nowotworu tegoż; w 34 jelito grube było siedzibą nowotworu. Procent śmiertelności według Weira wynosił 51%. Weir jest zwolennikiem założenia sztucznéj odbytnicy.

Eugieni Hahn (Berlin)[2]) mógł zebrać w 1887 r. 26 resekcyj jelita grubego; z tych 26 przypadków 13 zakończyło się śmiercią w następstwie operacyi Procent śmiertelności wynosił zatem 50%; w 18 z tych przypadków założono szew jelitowy z zejściem śmiertelnem w 10 = 55%; w ośmiu przypadkach założono sztuczny odbyt z zejściem śmiertelnem w 3 przypadkach = 37·5%. Statystyka Hahna przemawia zatem za korzyścią zakładania sztucznego odbytu po resekcyi jelita grubego. Hahn i Weir podają zatem zgodnie 50% śmiertelności po resekcyi jelita grubego.

Przeglądając przystępną mi literaturę, mogłem odnaleść nieliczne przypadki resekcyi jelita ślepego, bądź dla nowotworu złośliwego, bądz dla inwaginacyi wykonanéj; w niektórych wykonano enterorafiję, w innych założono sztuczny odbyt.

Przypadek operowany przez Kraussolda[3]) dotyczył 62-letniego chorego. Pomimo ścisłego przestrzegania antiseptyki zmarł chory w $2\frac{1}{2}$ godziny po operacyi wśród wzrastającego zapadu. Sekcyja wykazała domykalność zeszytego jelita; tu nowotwór wyłuszczono doszczętnie z wyjątkiem w kresce ukrytego gruczołu wielkości wiśni.

Hahn[4]) obserwował przypadek podobny do mojego: 19 letni chłopiec; w narkozie macalny guz w nadbrzuszu po stronie prawéj kształtem podobny do nowotworu zwyrodniałéj nerki ruchoméj; objawy niedrożności. Cięcie na zewnętrznym brzegu prawego mięśnia *sacrolumbalis* od 12 go żebra począwszy aż do grzebienia kości biodrowéj. Guz nie daje się zepchnąć w okolicę nerki, która okazuje się zdrową. Po dołączeniu cięcia poprzecznego i przecięciu głębokiéj powięzi obrzęk znajduje się w jelicie ślepem. Po podwiązaniu wyrostka robaczkowego wyłoniono obrzęk wraz z *colon* i *ileum* na zewnątrz i resekowano po podwiązaniu ramion drenami; sztuczny odbyt. Chory wyzdrowiał.

Drugi przypadek Hahna (l c.) dotyczył 38 letniego chorego z objawami przepukliny pachwinowéj prawéj uwięźniętéj. Treść worka przepuklinowego stanowiło jelito ślepe nie dające się odprowadzić pomimo drożności bramy przepuklinowéj; laparotomija i skręcenie kiszki powyżéj jelita ślepego z powodu *diverticulum.* Z powodu obawy zgorzeli resekcyja 80 ctm. jelita cienkiego i 20 ctm. jelita ślepego i sztuczny odbyt. Trzykrotne zakładanie uciskadeł Dupuytrena nie odnosi skutku pomimo przywrócenia drożności drogą naturalną. Wypadanie jelita w miejscu sztucznéj rzyci.

Hahn nawiązuje odnośnie do tego przypadku słuszną uwagę o uporczywości i trudnem gojeniu sztucznéj rzyci w dolnéj części jelita ślepego, t. j. w miejscu przejścia ostatniego w ślepe i motywuje ten fakt budową anatomiczną je-

[1]) *Medical News*, 1886. Febr. 13 Vol. XLVIII., Nr. 7. — [2]) *Ein Beitrag zur Colectomie und Mittheilung über zwei Fälle von Resection des Colons und Ileums etc. Berlin. klin. Woch.*, 1887, Nr. 25, S. 446 i nast. — [3]) *Ueber die Krankheiten des proc. vermiformis, Volkmanns Sammlung klin. Vortr.*, Nr. 191. — [4]) l. c.

lit w miejscu. Założenie odbytu sztucznego w przypadku ostatnim jest usprawiedliwionem długiem trwaniem operacyi u osłabionego już chorego.

Whitehead [1]) z Manchesteru resekował jelito ślepe (z przyczyny?) cięciem wzdłuż zewnętrznego brzegu mięśnia prostego brzucha i założył sztuczny odbyt; jelito cienkie przyszył do dolnéj części rany, a jelito wstępujące do górnéj. Chory jego umarł.

Lauenstein [2]) wyciął kawałek jelita ślepego i cienkiego u 56-letniego mężczyzny, z objawami niedrożności chronicznéj, powstałéj nagle przed 3 miesiącami i z guzem w nadbrzuszu. Przy operacyi znalazł obrzęk podłużny okrężnicy poprzecznéj, w którym drugi twardy obrzęk dał się przesuwać. Stwierdzono *invaginatio ileocolica*, przyczem jelito biodrowe weszło w kątnicę prawą i wsunęło się aż do okrężnicy zstępującéj. Wydostanie jelita biodrowego było niemożliwe dla silnych zrostów pomiędzy błoną surowiczą jelita grubego, a nasadą kreski, dlatego resekował Lauenstein cały kawałek wpochwiony, wynoszący 70 cm. i zeszył jelito biodrowe z okrężnicą zstępującą, tworząc mały załamek na ostatniéj. W trzecim tygodniu wyleczenie. Na szczycie jelita ślepego stwierdzono mały nowotwór rakowy jako przyczynę inwaginacyi.

N. Senn [3]) wykonał dwie resekcyje jelita cienkiego i ślepego z przyczyny nowotworu rakowego okolicy zastawki Bauhina, posługując się przez siebie wydoskonaloną techniką; resekcyja jelita grubego i cienkiego, inwaginacyja i zeszycie resekowanych odcinków i enterokolostomia za pomocą odwapnionych płytek kostnych.

Przypadek pierwszy Senna: 37-letni mężczyzna cierpiał od $1\frac{1}{2}$ roku na coraz częstsze napady bólu w okolicy jelita ślepego, połączone z wymiotami. Napady były coraz częstsze, wreszcie ból był trwałym. Od 6 miesięcy uporczywa biegunka. Znaleziono guz okolicy jelita ślepego, który rozpoznano jako rak. Laparotomija cięciem od środka więzu Pouparta do $\frac{1}{2}$ odległości między pępkiem a kolcem biodrowym górnym przednim. Resekcyja jelita ślepego i 18 cali jelita biodrowego; wyłuszczenie gruczołów powiększonych z kreski jelita biodrowego. Zamknięcie resekowanych części przez inwaginacyję, przecięcie podłużne jelita biodrowego i ślepego powyżéj inwaginacyi, wprowadzenie płytek odwapnionych i po wykonaniu skaryfikacyi powierzchni surowiczych zespojenie odcinków; szwy wzmacniające sąsiedztwa płytek sposobem Lemberta. Przyszycie miejsca enterokolostomii do rany brzusznéj; szew dwuwarstwowy powłok brzusznych; wyzdrowienie *prima intentione*. Odejście płytek odwapnionych częścią zresorbowanych 9-go dnia po operacyi.

Przypadek drugi Senna: 53 letnia kobieta, cierpiąca od roku na napady wymiotów coraz częstsze. Przed 5 tygodniami znaleziono ruchomy, twardy obrzęk w nadbrzuszu po stronie prawéj, który uważano jako raka żołądka. Laparotomia cięciem w linii białéj; stwierdzono ruchomy obrzęk w okrężnicy poprzecznéj; przy bliższem badaniu stwierdzono wgłobienie jelita biodrowego i ślepego w jelito grube poprzeczne. Przy zabiegu odprowadzenia naddarła się błona surowicza części wgłobionéj jelita ślepego. Obrzęk znajdował się w miejscu zastawki Bauhina. Resekcyja jelita biodrowego i ślepego, inwaginacyja resekowanych odcinków, anastomoza jak w pierwszym przypadku. Śmierć 6 go dnia po operacyi wśród objawów zapalenia otrzewny, którego punktem wyjścia dawny wrzód części wgłobionéj jelita ślepego. Autor żałuje, że nie resekował części wgłobionéj i że tentował odprowadzenie, gdyż właśnie w części odprowadzonéj znajdowało się owrzodzenie.

[1]) *Brit. med. Journal*, Jan. 24, 1885 i Ref. Greigh Smith: *Abdominal surgery* 3 Edit. Pag. 472. — [2]) *Ueber die Verhandlungen der deutsch. Gesellsch. für Chirurg. XIX. Congr. Beilage zum Centralbl. f. Chir.* 1890, Nr. 25, str. 63. — [3]) *Two cases of resection of the coecum for carcinoma with remarks on intestinal anastomosis in the ileo-coecal region. Reprinted from The Journal of the American medical association* June 14, 1890".

Na koniec chcę przytoczyć doświadczenia niektórych chirurgów niemieckich, zrobione z resekcyją jelita wobec nowotworów, wygłoszone na 62 zjeździe lekarzy i przyrodników w Heidelbergu.

König [1]) operował 2 przypadki inwaginacyi nowotworu kiszki grubéj. Jeden z tych przypadków dotyczył 21-letniéj dziewczyny, u któréj Roser przed kilku laty wyłuszczył nowotwór mięsakowy na szyi, König zaś przed 2 laty mięsak migdałka. Laparatomię wykonał König dla objawów niedrożności i znalazł guz w okrężnicy poprzecznéj. Po otwarciu okrężnicy znaleziono wgłobiony koniec kiszki cienkiéj z nowotworem mięsakowym na końcu téjże. Guz resekowano, jelito zeszyto i pogłębiono. Chora umarła wskutek zgorzeli jelita.

W drugim przypadku resekował König nowotwór mięsakowy okrężnicy zstępującéj, wgłobionéj w odbytnicę za pomocą cięcia w międzykroczu i resekcyi kości ogonowéj; od 2 lat wyleczenie.

Czerny [2]) resekował jelito 6 razy dla nowotworów złośliwych; 4 z tych chorych umarło, a 2 wyzdrowiało. W 3 przypadkach guz pierwotny w jelicie grubem był tak zrośnięty z jelitem cienkiem, że z ostatniego kawałek musiano resekować. Guz pierwotny 3 razy znajdował się w jelicie ślepem, a 3 razy w okrężnicy poprzecznéj. Prócz tego wykonał Czerny 5 resekcyj dla wrzodów gruźliczych w 3 przypadkach usadowionych w okolicy zastawki Bauhina; 2 z tych chorych wyzdrowiało, 3 umarło.

Billroth [3]) posługuje się obecnie odmienną techniką przy resekcyi jelita ślepego z przyczyny niedopisania kilkakrotnego dawniéj używanéj metody. Przy zeszyciu dolnéj części jelita biodrowego (*ileum*) z powierzchnią resekowaną jelita ślepego powstawały w tem miejscu zgięcia kątowate, a w następstwie tychże 2 razy powstało zupełne zwężenie światła jelita. Billroth zaszywa dla tego dolną część resekowanego jelita ślepego i wszywa jelito biodrowe w otwór podłużny, zrobiony w jelicie grubem powyżéj. Przez to stwarza stosunki analogiczne do istniejących poprzednio, albowiem jelito cienkie wpada w grube pod kątem prostym.

Na podstawie własnego doświadczenia względem resekcyi jelita i na podstawie wiadomości zaczerpniętych z przystępnéj mi odnośnéj literatury doszedłem do następujących wniosków:

1) wobec zgorzeli jelita należy wykonać resekcyję pierwotną, jeżeli stan ogólny chorego, na to pozwala, to jest wobec braku silnego zapadu, braku zapalenia otrzewny, braku stanu septycznego itp.;

2) przy silnym zapadzie wobec rozwiniętego zapalenia otrzewny, wobec stanu septycznego, należy ograniczyć się do założenia sztucznego odbytu;

3) wobec sztucznego odbytu jest wskazaną resekcyja jelit, jeżeli takowy nie da się usunąć kilkakrotnem zastósowaniem kleszczy uciskowych Dupuytrena ani operacyją plastyczną sposobem Dieffenbacha; do operacyi należy przystępować po dostatecznem podniesieniu sił chorego;

[1]) *Centralbl. f. Chir.* 1889, Nr. 51, str. 929. — [2]) *Ref. Centbl. für Chir.*, 1889, Nr. 51, str. 927. — [3]) Ref. Eiselsberg w *Centrbl. für Chir.*, 1889, Nr. 51, str. 929.

4) wobec nowotworu kiszki grubéj należy wykonać resekcyję z następową enterorafiją lub wykonaniem anastomozy tylko wyjątkowo to jest, jeżeli nowotwór jest mały i ruchomy i jeżeli siły chorego na to pozwalają;

5) przy znacznym nowotworze wobec rozwiniętego charłactwa, wobec inwaginacyi guza, należy wykonać resekcyję następową z założeniem sztucznego odbytu lub też ograniczyć się do enterokolostomii, poleconéj przez Senna, gdyż doświadczenie poucza, że enterorafija daje w tych razach złe wyniki (50%) śmiertelności;

6) wobec nowotworu jelita ślepego lub zastawki Bauhina należy wykonać resekcyję z następowem założeniem sztucznego odbytu lub anastomozę, poleconą przez Senna lub wreszcie sztuczny odbyt bez resekcyi przy znacznéj infiltracyi nowotworowéj, gdyż doświadczenie poucza, że enterorafija w tych razach nie dała dotąd dobrego wyniku; nadto takowa jest połączona ze znacznemi trudnościami technicznemi z powodu znacznego niestosunku świateł jelita grubego i cienkiego;

7) cięcie lędźwiowe ukośne jak nefrektomii zaotrzewnowéj, nadaje się bardzo do resekcyi i wyłuszczenia nowotworów jelita ślepego (przypadek Hahna i mój) osobliwie w tych razach, gdzie rozpoznanie jest wątpliwe i waha się pomiędzy nowotworem nerki a nowotworem jelita grubego. Można je wykonać najpierw zaotrzewnowo, a potem w razie potrzeby transperitonealnie;

8) resekcyja z enterorafiją celem usunięcia sztucznego odbytu jest niebezpiecznym zabiegiem wobec silnych zrostów i zlepień znacznéj ilości pętli jelitowych w następstwie miejscowego zapalenia otrzewny i oddzielanie zrostów naraża chorego raz na niebezpieczeństwo zapalenia otrzewny z powodu naddarcia i wylania się kału, powtóre na wstrząs (*shock*), gdyż zabieg oddzielania zrostów wymaga czasem więcéj czasu niż sama enterorafija (trwająca przy wymogach obecnéj techniki około godziny). W przypadkach podobnych wykonałbym anastomozę części zrośniętych jelit (enterostomiję), posługując się techniką podaną przez Senna[1];

9) technika enterorafii, obecnie na kontynencie ogólnie przyjęta, przedstawia jeszcze wiele do życzenia. Czas potrzebny do jéj wykonania jest nadto długi, aby to jelito, a względnie jama brzuszna bezkarnie znieść mogły. Częścią zabezpieczyć się możemy przed zbyt długiem oziębianiem jamy brzusznéj przez uskutecznienie małego cięcia i wykonanie enterorafii o ile możności zaotrzewnowo i przez położenie ciepłych aseptycznych kompresów pod jelito mające się resekować. Jako szew najodpowiedniejszy ze szwów na kontynencie używanych uważam szew dwurzędny Czernego; 1-szy takowego najlepiéj jest założyć od wewnątrz podług rady Wölflera, używając przytem szwu węzełkowego; drugi rząd od zewnątrz sposobem Lemberta, posługując się podług rady Rydygiera szwem kuśnierskim. Szwu tego używałem w 4 przypadkach, w jednym z nich tylko takowy mnie zawiódł, gdyż powstała przetoka kałowa. Do szwu jelitowego należy używać wyłącznie jedwabiu.

Prędkiego sposobu zakładania szwu sposobem N. Senna z Milwaukee (l. c.) przez zeszycie resekowanych odcinków i wykonanie anastomozy ułatwionéj włożeniem do podłużnie przeciętego jelita odwapnionych płytek z kości wołowéj u człowieka nie próbowałem; o ile na nim polegać można, pragnę ogłosić późniéj po przeprowadzeniu dostatecznéj ilości doświadczeń na zwierzętach, które rozpocząłem. W każdym razie szew polecony przez Senna dotychczas u człowieka bardzo mało stosowany zasługuje na uwzględnienie i wypróbowanie z powodu nadzwyczajnéj szybkości, z jaką go założyć można, a to tem bardziéj, że nie tylko na całym szeregu zwierząt zastosował go Senn z wielką korzyścią, ale nadto i przy operacyjach na osobie żyjącéj.

[1]) *Transactions IX. Internation. med. Congr. Washington* Vol. I., Pag. 460. *Annals of. Surgery* Volum. VII., 1888, S. 430. Greigh-Smith, *Abdominal Surgery* III Edit. London. Pag. 400 i nast. i *Journ. of the American Medical Association*, June 14, 1890.

V. Oceny i sprawozdania.

W sprawie leczenia środkiem Kocha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 50).

Prof. Rosenbach w Wrocławiu: Spostrzeżenia nad objawami reakcyi występującéj pod wpływem środka Kocha. Materyjał. na którym R. spostrzeżenia swoje przeprowadzał, jest dość znaczny, bo liczy 56 przypadków gruźlicy różnych narządów w możliwie rozmaitych okresach choroby. Z obserwacyj swych wysnuwa R. następujące wnioski: Ważnem jest, aby w interesie chorych rozpoczynać od minimalnych dawek (0·001), gdyż nigdy nie można przewidzieć, jaka w danym przypadku będzie reakcyja, a z jednéj strony zdarzały się przypadki wystąpienia burzliwych objawów po początkowéj dawce 2 mg., z drugiéj zaś mógł R. zauważyć przyzwyczajanie się chorych tak, że po pierwszem wstrzyknięciu 1 mg. następna dawka wyższa nie wywoływała zaburzeń. Ostrożność jest tem więcej wskazaną, o ile występują czasem uboczne działania nadzwyczaj nieprzyjemne. I tak zauważył R. u chorych dotkniętych zboczeniem nerek pod wpływem wstrzykiwań wzmożenie ilości białka w moczu i anuryję, a w niektórych przypadkach powstawanie żółtaczki, którą R. uważa jako pochodzącą z rozpadu istot białkowatych (i hemoglobiny) we krwi (*icterus haematogenes*). Na uwagę zasługuje okoliczność, że u chorych na gruźlicę krtani narząd ten na środek Kocha wcale nie oddziaływał; być może, że ten ujemny wynik jest następstwem tego, że R. w stopniowaniu dawek postępuje bardzo powoli. W każdym razie kwestyja oddziaływania krtani jest trudną do rozstrzygnięcia w obec tego, że w gorączce, wzmożeniu się kaszlu itp. objawach reakcyi zaczerwienienie błony śluzowéj i zwiększenie wydzieliny towarzyszyć musi. Co do techniki wstrzykiwań, używa R. strzykawki Pravaza i rozczynu środka Kocha w 0·5% kw. karbolowego. Jako miejsca do wstrzykiwań uważa R. za najodpowiedniejszą skórę brzucha, gdyż po licznych wstrzykiwaniach uskutecznionych na grzbiecie leżenie na wznak jest dla chorych bolesne. (*Deutsche med. Woch.* Nr. 49).

Gruźlica krtani. Fraentzel: Pod wpływem wstrzykiwań środka Kocha obumierają pojedyncze części krtani, zabarwienie ich się zmienia, a w miarę jak leczenie postępuje, zmniejszają się obrzmienia. Trzeba o tem pamiętać, że jeżeli istnieje już jakiś obrzęk w krtani, to po zastrzyknięciu staje się on znaczniejszym i może być tak groźnym, że wykonanie tracheotomii staje się nieuniknionem. Z tego powodu radzi F. u dotkniętych gruźlicą krtani rozpoczynać od injekcyi 0.5 miligr. (*Berl. klin. Woch.* Nr. 49.)

Krause godzi się zupełnie co do ostatniego punktu z Fraentzlem, jakkolwiek sam stenozy jeszcze nie zauważał. Opisując znane zmiany pod wpływem środka Kocha zwraca uwagę na to, że obok obumarcia ognisk gruźliczych i ich oddzielania się, widział także czasem resorbcyję podobnych ognisk. Rzecz naturalna, że o wyleczeniu gruźlicy krtani mówić dotąd nie można, Kr. jednak się spodziewa, że w początkowych przypadkach gr. krt. można będzie osiągnąć zupełne wyleczenie. Nadzwyczaj ważnem jest zdaniem K. uchwycenie chwili, w któréj za radą Kocha należy wkroczyć

czynnie i za pomocą narzędzi wydobyć to, co środek Kocha jako części chore przyprowadził do obumarcia. (*Berl. klin. Woch.* Nr. 49).

Dr. Oppenheimer w Berlinie opisuje przypadek szybkiego wyleczenia(?) gruźlicy krtani. W przypadku tym przed wstrzyknięciem środka Kocha nie można było dojrzeć za pomocą laryngoskopu żadnych zmian, a rozpoznanie gr. krtani opierano tylko na objawach podmiotowych, chrypce itd. w obec wykazalnych zmian gruźliczych w płucach. Po kilku injekcyjach po 0·001 wystąpiła wyraźnie przy badaniu wziernikiem narośl wielkości ziarnka prosa na przedniéj części więzadła prawdziwego, wejrzenia sinoczerwonego, reszta więzadła była szaroczerwono zabarwiona, zresztą wszystko prawidłowe. Czwartego dnia po pierwszéj injekcyi (po 4 injekcyjach) narośl ta znikła, i tylko słabe obrzmienie i zaczerwienienie więzadła pozostało. Od tego dnia również ustąpiła chrypka i kaszel i do dnia 1 grudnia nie powróciły. Zmiany gruźlicze w płucach nie uległy jeszcze pod wpływem wstrzykiwań wykazalnéj zmianie. (*Deutsche med. Woch.* Nr. 49).

Gruźlica płuc. Doc. Noorden w klinice Gerhardta w Berlinie badał dokładnie wpływ wstrzykiwań środka Kocha na wczesne okresy gruźlicy płuc. Z badań tych wynika dosadnie, że pod wpływem stósowania limfy Kocha ukryte ogniska gruźlicze w płucu mogą występować na jaw i mogą zjawiać się bardzo znaczne zmiany w objawach fizycznych nawet z dnia na dzień. Następnie objawy te, najczęściéj zagęszczenia płucne, poczynały znikać i zmniejszać się tak co do siły jak i co do rozmiarów. Jednem słowem rozdzielenie sztucznie wywołanego zagęszczenia następowało szybko pod wpływem dalszych wstrzykiwań. Kaszel się wzmaga, plwociny stają się obfitsze. Ilość oddechów się zwiększa, nawet wobec braku znacznego podniesienia ciepłoty. W niektórych przypadkach występowało pod wpływem wstrzykiwań kłucie w boku, któremu towarzyszyło tarcie opłucnowe. (*Deut. Med. Woch.*, Nr. 49).

Leyden na podstawie spostrzeżeń poczynionych na 46 przypadkach, jakkolwiek nie poddaje się porywającemu wszystkich entuzyjazmowi, przychodzi do wniosku, że środek Kocha działa swoiście na tkankę gruźliczą. Działanie lecznicze jakoteż wartość rozpoznawcza jednak tego środka nie są jeszcze pewne i pod tym względem trzeba jeszcze czekać, co przyszłe badania wykażą. Zmiany zachodzące w samych prątkach pod wpływem wstrzykiwań są niestałe i nie mogą być uważane jako następstwo wstrzykiwań, gdyż zachodzą także w zwykłym przebiegu choroby. (*Berl. kl. Woch.*, Nr. 50). Podobnie jak Leyden, wypowiada Kast w Hamburgu zdanie co do wartości leczniczéj środka Kocha z wielką rezerwą. Ostrzega on przed znacznemi dawkami. W gruźlicy płuc zmiany pod wpływem wstrzykiwań są rozmaite. (*Tamże*).

Senator w wykładzie swym podaje, że siła reakcyi, jakoteż jéj trwanie i szybkość z jaką występuje, nie pozostaje w stosunku do stopnia rozszerzenia sprawy gruźliczéj. W opisie objawów reakcyi, zmian gruźlicą dotkniętych organów itd. nie podaje S. nic nowego, lecz powtarza to, co inni autorowie opisują. Zwraca jednak uwagę na to, że wobec gruźlicy jam zamkniętych stosunki są niekorzystne, gdyż masy oddzielone nie mogą być wydalone i dają pochop do resorbcyi istot zawierających prątki, a nadto obrzęk zapalny może stać się niebezpieczny. Z tego powodu uważa S. za przeciwwskazane stósowanie środka Kocha wobec gruźlicy mózgu lub jego opon. Do innych przeciwwskazań zalicza jeszcze S. zapalenie nerek, znaczne wysięki opłucnowe, charłactwo, zwyrodnienie skrobiowate. Co do krwioplucia, kwestyja jeszcze nie jest rozstrzygnięta. (*Berl. kl. Woch.*, Nr. 51).

Gruźlica skóry i kości. Schede w Hamburgu porównywa działanie środka, które sprowadza tak znaczne objawy reakcyi, z ciężką chorobą infekcyjną. Objawy ogólne często są bardzo ciężkie, sensoryjum czasem silnie zajęte, tętno było w jednym przypadku zaledwie wyczuwalne. Ciężar ciała często znacznie opada. Czuwanie nad takimi chorymi uważa S. za niezbędne. Znikanie reakcyi nie ustępuje zawsze w jednéj mierze, co zależy prawdopodobnie, zdaniem S., od ilości mas nekrotycznych i od przeszkód w ich wydaleniu. Ze zdaniem Köhlera, iż z chwilą reakcyi należy chirurgicznie wkroczyć, S. się nie zgadza, owszem sądzi, że w większéj liczbie przypadków należy wyczekiwać z rękoczynem. Tylko w przypadkach, gdzie na pewne jest sekwester lub nagromadzenie się ropy, należy operować odrazu. (*Deutsche med. Woch.*, Nr. 50).

Helferich wyraża się o środku Kocha z uniesieniem. W przypadkach liszaja żrącego działa nietylko na tkankę widocznie chorą i na blizny stare, ale w miejscach chorobowo zajętych, które przedtem dla naszego oka jeszcze nic nieprawidłowego nie przedstawiały; pod wpływem wstrzykiwań występują guzki liszajowe, jako znak, że tu już prątki gruźlicze działanie swe rozpoczęły. I wartość leczniczą dla liszaja żrącego przyznaje H środkowi Kocha. W początkowych przypadkach *coxitis* spodziewa się H. polepszenia pod każdym względem, w cięższych zastarzałych przypadkach będzie można za pomocą wstrzykiwań otrzymać takie warunki, że tylko o ortopedycznem leczeniu trzeba będzie myśleć, a nie będzie recydyw, ropienia i przetok po rękoczynach. W niektórych przypadkach zauważał H. po injekcyi występowanie wysypki podobnéj do płonicowéj lub odrowéj. (*Tamże*).

Prof. Jarisch w Insbruku: *Lupus vulgaris*. Śmierć w 36 godzin po wstrzyknięciu 0·002 limfy Kocha. 17-letniéj dziewczynie, dobrze odżywionéj, bez zmian gruźliczych w płucach, dotkniętéj liszajem twarzy i bł. śluzowéj jamy ustnéj wstrzyknął J. 0·002 środka Kocha; z temi samemi środkami ostrożności wstrzyknął 4 innym chorym po 2 do 5 miligr. Podczas gdy u tych ostatnich reakcyja była zwyczajna i przeszła bez zaburzeń, wystąpiła u pierwszéj obok silnéj reakcyi miejscowéj duszność, bez objawów stenozy i wśród klinicznych znamion osłabienia akcyi serca nastąpiła śmierć w $1^1/_2$ doby po wstrzyknięciu pomimo najenergiczniejszego stosowania środków podniecających. Sekcyja wykonana w 12 godzin po śmierci wykazała jako najbliższą przyczynę śmierci zapalenie zrazikowe płuc i ostry obrzęk mózgu znacznego stopnia. Na uwagę zasługują znalezione przy sekcyi zmiany reakcyjne około miejsc gruźlicą dotkniętych (w 3 gruczołach chłonicych piersiowych, w jelitach). Prócz tego znachodził się ostry obrzęk śledziony, zwyrodnienie białkowate nerek i wątroby miernego stopnia, drobne wybroczyny na opłucny, na osierdziu i w niektórych miejscach rdzenia. Zwężenia lub obrzęku krtani nie było śladu. (*Wien. kl. Woch.*, Nr. 50). (C. d. n.) *Dr. Beck.*

VI. W sprawie leczenia gruźlicy.

Berlin d. 8 Grudnia

Na posiedzeniu Tow. lekarskiego w d. 27 listopada r. b. Dr. Langenhart pokazał wyciętą krtań z ciała zmarłego na *phthisis progressa*. Prof. Koch robił wstrzykiwania sam u tego suchotami dotkniętego młodego mężczyzny na krótki czas przed śmiercią. Dostał on 3 injekcyje. Dalszych doświadczeń Koch zaniechał, gdyż zrobione injekcyje okazały się bez wpływu na przebieg gorączki, a zapad sil wzmagał się. Według twierdzenia Langenharta wpływ injekcyj uwydatnił się tylko na wrzodzikach gruźliczych w krtani, których 3 znaleziono w okolicy strun głosowych, a wszystkie przedstawiały według niego wejrzenia takie, jakby się miały ku gojeniu.

Nie chcę się zatrzymywać nad twierdzeniem Langenharta co do zauważanéj *in mortuo* dążności gojenia się wspomnianych wrzodzików, ale dziwnie to nie licuje z doświadczeniami sumiennego badacza, jakim jest prof. Krause, który na posiedzeniu tego samego Towarzystwa w dniu 27 listopada odbytem mówił o przypadkach przez siebie leczonych, na których wprawdzie stwierdził w ciągu $2^1/_2$ tygodniowéj kuracyi pewną dążność do gojenia się owrzodzeń krtaniowych, ale były to przypadki nie powikłane z postępującą gruźlicą płuc, a najmniéj takie, iżby w którym z nich należało się obawiać rychłego zgonu. Lecz i co do téj przez Krausego zaznaczonéj dążności rzecz się nie przedstawia całkiem jasno. Mówię to bez przesądzania dalszego przebiegu przy powtarzanych injekcyjach. I tak miał wprawdzie Krause sposobność stwierdzić nadzwyczajną miejscową reakcyję i nam

ją swojéj klinice demonstrować w niejednym przypadku, jako objawiającą się rozlanem przekrwieniem i brzęknięciem zajętych części, które rzeczywiście następnie się zmniejszało według niego w drodze wessania, daléj wzmagającem się zrazu, a późniéj zmniejszającem się wydzielaniem śluzu, lepszem wejrzeniem dna wrzodzików itd., ale przecież nie miał dotychczas ani jednego przypadku, o którymby mógł powiedzieć, że się stanowczo da uleczyć limfą Kochowską. Wyraził tylko nadzieję, że początkowe przypadki gruźlicy krtaniowéj, nie wikłane zajęciem płuc, dadzą się usunąć, natomiast w przypadkach bardziéj rozwiniętych nie obejdzie się bez pomocniczego leczenia sposobem dotychczasowym.

Do takiego ostrożnego oświadczenia się miał prof. Krause wszelkie powody, gdy się zważy, że w jednym przypadku u młodéj kobiety z suchotami płucowemi i znacznym naciekiem w całéj jamie krtaniowéj, u któréj poprzednio wykonał wyłyżeczkowanie na nagłośni i na więzadłach nalewko-nagłośniowych, tudzież z dobrym skutkiem stosował kwas mlekowy, po zrobionych wstrzyknięciach limfy zrazu nacieki się zmniejszyły, ale już na drugi dzień obrzęk się wzmagał i nastąpiło pogorszenie również co do podmiotowych przypadów, jak ból przy przełykaniu zwłaszcza płynów, tudzież oddechanie trudniejsze, prawie stenotyczne, wogóle obraz, który przy dalszych szczepieniach przeszedł w okres rozpadu i wydalania strupów zamartwicowych, ale który pomimo tych po części korzystnych przeobrażeń Krausemu nie posłużył do wyrażenia pewności, iż chora na téj drodze odzyska zdrowie.

Drugi przypadek, który nam również demonstrował w swojéj klinice i na nim laryngoskopować pozwalał, dotyczył młodego człowieka, u którego był znaczny naciek w więzadłach głosowych zwłaszcza po stronie lewéj z rozlanem przekrwieniem, ale bez wszelkiego rozpadu. Po wstrzykiwaniach wyrobiło się zblednienie błony śluzowéj na części gruźlicą zajętéj, poczem w jednem miejscu zaczął się naciek rozpadać nekrotycznie od brzegów, otrzymał następnie powierzchnię gładką, czerwoną, o któréj Krause sądził, że ma przed sobą ranę zdrową, zabliźniającą się, tymczasem znowu się zaczęła zagłębiać i szarą wypociną powlekać, a jednocześnie w innem miejscu poniżéj poprzedniego wytworzył się naciek świeży, który również przyszedł do rozpadu. Tak rzecz stała 27 listopada. Dzisiaj chory ten, którego oglądałem u prof. Krausego, ma się jeszcze lepiéj tak przedmiotowo jak i podmiotowo; więzadła fałszywe są blado-różowo zabarwione, wyraźnie zarysowujące się, jakkolwiek jeszcze niedostatecznie pogłębioną zatoką Morgagniego od strun głosowych odgraniczone i jakkolwiek jeszcze nieco obrzękłe, ale bez wszelkiego owrzodzenia i pokryte są błoną o wyraźnie ścisłem utkaniu. Mimo tak pomyślnego przebiegu nie łudzi się prof. Krause co do tego przypadku i przypuszcza możliwość dalszego pogorszenia, zatem nie uważa go jeszcze za uleczony i pozostawia w dalszéj kuracyi.

Następnie zdawał sprawę na posiedzeniu, o którem mowa, prof. H e n o c h. Powołując się na swoje doświadczenia rozpoczął od nagany dla poliklinicznego leczenia limfą Kochowską. Zaszczepiał 11 dzieci chorych, a dla doświadczenia jedno zdrowe. To ostatnie nie okazało żadnéj reakcyi. Dzieci znajdowały się w wieku od 2—11 roku życia. Przypadki przez niego leczone obejmowały następujące choroby: wilk na twarzy i jednocześnie *caries* kręgów grzbietowych; *caries* kości skalistéj i jednocześnie gruźlicze zapalenie otrzewny; zapalenie opon mózgowych gruźlicze, gruźlicę gruczołów chłonnych; *spina ventosa* na rękach; jeden przypadek podejrzany o gruźlicę płucną. Aczkolwiek wskazał na Kocha, który dopuszcza u dzieci dawkę limfy 0·0005, sam mimo to był ostrożniejszym i zazwyczaj rozpoczynał od $^1/_{10}$ miligrama. Po największéj części nie uważał reakcyi przy 0·0001 i przy 0·0002. Przy $^3/_{10}$ miligrama objawiała się reakcyja, mniejsza lub większa, stósownie do wieku dziecka. Pierwszy przypadek, który demonstrował, była dziewczynka lat 11, u któréj była róża na szyi, ciągnąca się ku twarzy, którą wyniosła z przetoki po niezagojonych gruczołach limfatycznych na szyi; nadto miała *phthisis bulbi dextri* od lat dawnych. Po wyleczeniu jéj z róży przystąpiono do injekcyi. Po $^3/_{10}$ miligrama objawiła się reakcyja pełna dopiero w 8 godzin. Notowano 39·6° C. Wtedy zauważano koło blizny po ropiejących gruczołach silne zaczerwienienie i spuchnięcie, a w oku zanikłem przekrwienie spojówki, pryszczyk na rogówce, zaś na całem ciele wysypkę w całem znaczeniu słowa płonicową. Osutka trwała dwa dni, to jest dopóki się reakcyja utrzymywała, a pojawiała się za każdem następnem zaszczepieniem. W tym przypadku stwierdził Henoch na czas trwania reakcyi ból w nogach za uciskiem.

Drugi przypadek, który omawiał, dotyczył dziecka $4^1/_2$ lat liczącego *c. carie tuberculosa ossis petrosi et peritonitide chronica*. Dziecko to przyjęto na oddział jeszcze w czerwcu z puchliną znaczną. Objętość brzuszka 71 cm. Nie gorączkowało. Po zrobionéj punkcyi otrzymano ciecz białkowatą, w któréj nie znaleziono laseczników gruźliczych. Mimo to stwierdza, iż ze względu na gruźliczy charakter procesu odbywającego się w kości skalistéj należy uważać, iż płyn wypuszczony stanowi wysięk otrzewny gruźlicą zajętéj. 28 sierpnia wykonano operacyję na kości skalistéj i znaleziono brodawki z cechą gruźliczą. Dn. 23 listopada zrobiono poraz pierwszy injekcyję w ilości $^4/_{10}$ miligrama. Reakcyja trwała 20 godzin, a najwyższa ciepłota była 39°. Lokalnie żadnych zmian. 25 listopada dostało dziecko $^5/_{10}$ miligrama. Gorączka utrzymywała się przez 3 dni w wysokości 38·3. Tym razem pojawiło się zaczerwienienie skóry w okolicy kości sutkowéj i stwierdzono nieco płynu w brzuszku, którego przedtem już nic nie było. Lecz do kilku dni płyn ustąpił z jamy brzusznéj i więcej się nie pojawił. 2/12 zaszczepiono dziecku 1 miligram. Nastąpiła silna reakcyja z gorączką 39·9, a utrzymywała się przez 10 godzin. Brzuszek ma w obwodzie 52 cm. Henoch nie chce utrzymywać, aby ten przypadek znajdował się w okresie wyzdrowienia, ale stwierdza wpływ szczepianki jako bardzo widoczny. Ja dodaję, że dziecko wyglądało bardzo nędznie; źle odżywione, o cerze nie zdrowéj.

Obszerniéj omówił Henoch przypadek zapalenia gruźliczego opon mózgowych u dziecka 4 letniego. Do szpitala dostało się w stanie poprzedzającym wybuch drgawek. Bał się robić wstrzykiwania, aby nie wzmódz ciśnienia wewnątrzczaszkowego przez przekrwienie mózgu, które limfa Kochowska zawsze sprowadza. Atoli *experimenti causa* zarządził injekcyje w dniach 2, 4, 5 i 7 listopada. Reakcyja za każdym razem mierna. Ciepłota ciała, która przed zaszczepieniem limfy nie była podwyższoną, dochdziła do 38·2 i to 5—6 godzin po zaszczepieniu, poczem szybko ustępowała. Dziecko pozostawało do końca życia w śpiączce, a umarło bez poprzedzających drgawek. Sekcyja, którą wykonał prof. Virchow, nie wykazała makroskopijnie nic innego, jak to, co się zawsze znachodzi na podstawie mózgu u zmarłych z gruźlicy opon mózgowych. Uderzającem było atoli to, że nie znaleziono mózgu niedokrewnego, jak zwykle bywa w téj chorobie, jeno przeciwnie tak znaczne przekrwienie, że miał się Virchow wyrazić, iż podobnie przekrwionego mózgu nie widział. Ztąd Henoch widzi w zapaleniu gruźliczem opon mózgowych przeciwwskazanie do leczenia limfą nawet wtedy, gdy zapalenie się rozpoczęło, a rozpoznane zostało. Leczenie téj nieuleczněj choroby limfą Kochowską musi według niego skrócić życie z powodu przekrwienia mózgu, jakie ona wywołuje.

Daléj referował prof. E w a l d, ordynator w szpitalu Augusty. Oświadcza, iż na swoim oddziale ma chorych z rozmaitych warstw społeczeństwa nawet takich, którzy do niego przybyli z Riwiery; może zatem lepiéj ocenić działanie limfy u osób o rozmaitéj indywidualności. Ewald nie opisywał pojedynczych przypadków, ale objął ogół tychże i wykazał statystycznie przypady, wywoływane przez szczepioną limfę. Leczył limfą 60 chorych, a wykonał na nich 266 injekcyj. Używał wstrzykawki Oberlachera z tłokiem asbestowym, którą przenosi nad Kochowską. Wstrzykuje rano między 6—7 godziną, aby się reakcyja odbyła przed wieczorem i chorzy noc mieli spokojną. Mierzy ciepłotę co 2 godziny. Nasilenie reakcyjne nie daje się z góry oznaczyć w każdym poszczególnym przypadku. Nieraz reakcyja się spóźnia, o ile się przez

nią rozumie pojawienie się stanu gorączkowego, pomimo, iż działanie szczepianki uwydatnia się przypadami, które do jéj zadziałania odnieść należy, jak: bóle w członkach, ściskanie gardła, nudności, wymioty itd. U niektórych chorych pojawia się oddziaływanie dopiero po kilku wstrzyknięciach. W jednym przypadku stwierdził reakcyję dopiero po 15 miligramach. Tętno zawsze się przyspiesza i staje się na wysokości reakcyi drobnem, bez napięcia, a czasem przepuszcza. Oddech rzadko kiedy przyspieszony. Ostry obrzęk śledziony w czasie trwania reakcyi uważał kilka razy. Po skończonéj reakcyi obrzęk znikał. Według niego sama reakcyjna gorączka nie okazuje trwałego ujemnego wpływu na organizm ludzki, bo z jéj ustąpieniem chorzy powracają do swojego zwykłego stanu. To się nie zgadza z mojemi spostrzeżeniami. Nie jednego chorego w klinice Leydena i Senatora wypytywałem o ten właśnie szczegół co do sił ogólnych, co do poczucia mienia się, a najczęściéj otrzymywałem odpowiedź przeciwną twierdzeniu Ewalda. Jeden chory, młody człowiek, z gruźlicą płucową, nie bardzo rozwiniętą, w klinice prof. Senatora ze smutkiem mi oświadczył, że się czuje gorzéj, aniżeli przed kuracyją. Otrzymał on 9 injekcyj. Poty Ewald obserwował u 46 chorych. 12 wcale się nie pociło, a 3 chorzy zupełnie przestali się pocić już po kilku injekcyjach. Drażnienie do kaszlu było większe u 10 chorych, u 2 się zmniejszyło; reszta nie okazywała różnicy. Na wykrztuszanie limfa nie wpływa jednolicie. Pod tym względem zachowuje się albo obojętnie, albo przeciwnie zmniejsza wykrztuszanie, lub też w niektórych przypadkach się wzmaga. Zjawisko takie uważa za objaw pomyślny, rozumując, że organizm pozbywa się z odrzucanemi plwocinami tem większéj ilości laseczników. Sen poprawił się u 18 chorych, u 22 wypadł miernie, a u reszty był zły. Zadziwiać może, iż prof. Ewald czyni jakość snu zupełnie zawisłą od działania limfy Kochowskiéj, i na téj podstawie z liczbami występuje.

Taki sam zarzut nieuwzględniania wpływu na sen innych czynników z saméj choroby płynących, pomijając tak zmienny u tych chorych nastrój umysłowy, można zrobić jego wywodowi co do ogólnego mienia się, w jakiem się chorzy znajdowali po injekcyjach. I tak w 24 przypadkach ciężkiéj gruźlicy znalazł co do tego punktu znaczną poprawę, w 13 mierną, u 2 chorych pogorszenie, u 7 nie wykrył żadnéj zmiany. U reszty chorych z lekką gruźlicą miał zauważyć bez wyjątku znakomitą poprawę ogólnego stanu zdrowia i podmiotowe poczucie dobrego mienia się, co sobie sami chorzy mieli chwalić. A gdzież wpływ sugestyi, wpływ korzystnych warunków higijenicznych, dobrego żywienia itd.? Badanie moczu nie wykazało żadnego zadziałania limfy. Co do laseczników gruźliczych, jakie znachodzono w plwocinach, Ewald nie dał obszerniejszego poglądu, stwierdził tylko, że pod tym względem obraz jest bardzo zmienny. Dziś jest ich więcéj, jutro mniéj, zaś zmiany postaciowe laseczników takie same, jak i bez wstrzykiwań limfy Kochowskiéj.

Wogóle z jego wykładu o tym przedmiocie, niestety zbyt pobieżnego, nie można było powziąć przekonania, iż plwociny zaszczepianych chorych były badane codziennie i dokładnie. W innych klinikach i oddziałach zrobiłem to samo spostrzeżenie, że za mało czasu i uwagi poświęcają badaniu mikroskopowemu plwocin, a wszakże wszędzie mają sterylizatory i mikroskopy i na każdym oddziale znajduje się dosyć pomocniczych sił lekarskich.

Osutki, jakie Ewald spostrzegał, klasyfikował jako *erythema papulosum, roseola papulosa, herpes labialis* i *exanthema scarlatinosum.* To ostatnie łączyło się w kilku przypadkach z pojawieniem się pęcherzyków, które pękały, sączyły i następnie przysychały. Osutkę tego rodzaju spostrzegałem i w innych klinikach. Co do wartości limfy Kocha pod względem dyferencyjonalno-rozpoznawczym, prof. Ewald jest zachwycony. Stwierdził gruźlicę na podstawie uzyskanéj reakcyi po zastrzykiwaniach w jednym przypadku ciężkiéj neurastenii bez jéj bliższego określenia, w 3 przypadkach wysięków opłucnowych (zgodnie z nim każe prof. Leyden każde zapalenie surowicze opłucny uważać jako na tle gruźliczem powstałe, choćby chory wyszedł z zapalenia całkiem zdrów i ani śladu wysięku po niem nie pozostał!) W jednym z tychże reakcyja objawiła się gorączką do 40·2°; w jednym przypadku przebytego zapalenia jądra, wreszcie u jednego chorego po odbytéj i wygojonéj resekcyi prawego stawu łokciowego.

Na ostatku przedstawił prof. L i t t e n kobietę 28-letnią, któréj siostra umarła na suchoty. Kobieta ta miała bardzo często używać do przesiąkania nosa téj saméj chustki, którą się posługiwała jéj chora siostra. Otóż w tym szczególe chce się Litten dopatrzeć wyjaśnienia etyjologicznego co do powstania owrzodzeń u téj kobiety na dziąsłach górnéj szczęki i na przegrodzie nosowéj, co nam właśnie demonstrował. Prof. Bergmann, który ją miał pierwszy w swojéj kuracyi, uważał te owrzodzenia za raka; inni klasyfikowali je jako *lupus*, a Litten, do którego się z kolei dostała, uznał tę chorobę za gruźlicę dziąseł. Wrzód rzeczywiście zajmuje cały przód dziąseł górnych i przechodzi na załamek do wargi. Jest nierówny, drobno-ziarnisty, od strony lewéj ma brzeg nacieczony, wyniosły, a spłaszcza się ku stronie prawéj. Kolor wrzodu blado-różowy, przyćmiony tylko śluzem pokrywającym go w warstwie przepuszczającéj. Po jego prawéj stronie widać w utkaniu błony śluzowéj w tem miejscu pozbawionéj przybłonka kilka białawych ziarnin, które Litten uważa za gruzełki tuberkuliczne, a które się miały pojawić nagle wśród działania limfy Kochowskiéj. Po 1 wstrzyknięciu limfy w ilości 1 miligrama reakcyja z gorączką o 41° C., utrzymująca się w téj wysokości przez kilka godzin. Po 2. wstrzyknięciu w ilości 2 mg. 40·3; po 3 wstrzyknięciu w ilości 4 mg. 40·9. Już po pierwszéj injekcyi dziąsła chore miały gwałtownie się zaczerwienić i spuchły, poczem w oczach, jak się Litten wyraził, odbywał się proces rozpadu w utkaniu dziąseł wrzodem ograniczonych. Nekroza postępowała daléj po każdem zastrzyknięciu; wrzód się spłaszczał, nabierał żywszéj barwy, a obecnie przedstawia się tak, jak powyżéj opisałem. Litten ma nadzieję, że skoro się zamartwica masy wrzodziejącéj dokona, pojawi się czysta, brodawkująca rana, która prawdopodobnie zupełnie się zagoi. Wysoką gorączkę u téj choréj tłumaczy Litten znacznym rozpadem wrzodu gruźliczego, a limfę Kocha ogłasza jako specyfik, któryby zarówno pomyślnie działał i w chorobie gruźliczéj płuc, gdyby na przeszkodzie nie stała ta okoliczność, że rozpad w tkance płucowéj gruźlicą zajętéj nie tak łatwo, jak w gruźlicy zewnętrznéj, znajdzie drogę do wyeliminowania nekrotycznych części, jeżeli ta sprawa ma się odbywać jedynie za pomocą aktu wykrztuszania drogami, które są rozrzucone na znacznéj powierzchni oddechowéj.

Prof. Litten mówił na końcu o jednym przypadku zapalenia gruźliczego miedniczek nerkowych. Rozpoznania swojego nie usprawiedliwił szczegółami z badania fizycznego i z rozbioru moczu. Stwierdził tylko znaczną poprawę w stanie chorego, która się miała pojawić jednocześnie z odejściem cieczy, jak się wyraził „właściwie nekrotycznéj“.

Dr. Opolski ze Lwowa.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 18 grudnia. Na 420 posiedzeniu Izby poselskiéj Rady państwa w dyskusyi nad wnioskiem posła Dra R o s e r a względem ustanowienia państwowego Urzędu zdrowia sprawozdawca Dr. Steidl zaproponował następujące rezolucyje: Wzywa się Rząd 1) a) aby na każdym Wydziale lekarskim systemizował i należycie wyposażył katedry dla badania higienicznego i bakteryjologicznego; b) aby higijena na przyszłość była przedmiotem obowiązkowym dla zwyczajnych uczniów medycyny; 2) starał się podnieść publiczną służbę zdrowia przez powiększenie liczby lekarzy rządowych i lepsze ich uposażenie, oraz przez ustanowienie inspektorów sanitarnych w odpowiedniéj dla każdego kraju liczbie; 3) uzupełnił Najwyższą Radę zdrowia oraz krajowe Rady sanitarne przez powołanie znanych specyjalistów w higijenie, budowniczych i statystyków jużto jako członków zwyczajnych, już też to nadzwyczajnych, rozszerzył zakres działania tych Rad a Radzie najwyższéj dodał zakłady pomocnicze, któreby umożebniły jéj przeprowadzanie prac wstępnych umie-

jętnych dla ustawodawstwa sanitarnego; 4) aby publicznym organom sanitarnym nadał większą niezależność w obec władz przełożonych politycznych, jeżeli się rozchodzi o początkowanie w kwestyjach fachowych; 5) zabrał się do reformy spraw aptekarskich, a w szczególności żądał od wstępujących młodzieńców wyższego wykształcenia.

W dyskusyi zabierali głos: poseł Dr. Kindermann (lekarz), dowodząc ważności higijeny i bakteryjologii dla kandydatów medycyny i przemawiając za przekazaniem nauk przyrodniczych do gimnazyjum, aby tym sposobem zwolnić uczniów; w końcu wnosi dodatek do rezolucyi 1-éj, który poparto, téj treści: „Celem uniknięcia przeciążenia uczniów Rząd przystąpi do reformy studyjów w wydziałach lek. po wysłuchaniu sfer kompetentnych". Następnie poseł Gniewosz wskazując odkrycie Kocha, oraz na fakt, że Niemcy posiadają Urząd zdrowia, jakiego Austryja niema, daléj że reprezentacyja ludu sama winna po części, ponieważ dotąd sprawami temi mało się interesowała, wyraża nadzieję, że Rząd nie będzie głuchy na życzenia jednomyślnie wyrażone. Minister oświecenia, baron Gautsch, oświadcza, że wszystkie wydziały lekarskie austryjackie posiadają już nadzwyczajne katedry dla higijeny i bakteryjologii, z wyjątkiem krakowskiego, dla którego w budżecie na r. 1891 właśnie umieścił fundusz na takąż katedrę; zresztą gotów jest zrobić wszystko, cokolwiek tylko posłuży dla podniesienia stanu zdrowotnego, jak tego dowodzi rozporządzenie niedawno wydane a mające na celu większe uwzględnianie ćwiczeń fizycznych w szkołach średnich, a wskutek zwrócenia uwagi ministerstwa przez Najwyższą Radę sanitarną postara się, aby kandydaci nauczycielscy mogli korzystać z wykładów higijeny, udzielanych przez fachowych lekarzy, w którym to celu już umieścił w budżecie kredyt na 1-szy kwartał przyszłego roku szkolnego. — Szef sekcyi baron Erb (z ministerstwa spraw wewnętrznych) użala się, że ustawa sanitarna z r. 1870 dotąd jeszcze nie jest w zupełności przeprowadzoną z powodu oporu niektórych Sejmów; wykazuje on cyframi, jaką szkodę ludność przezto ponosi; cyfry te rzeczywiście są zastraszające. W r. 1887 umarło w zachodniéj połowie monarchii z chorób zakaźnych 122,256 ludzi, a więc 3 razy przeszło tyle, co armija niemiecka straciła (40,000 ludzi) w wojnie niemiecko-francuskiéj z powodu wojny i chorób; a więcéj jeszcze przerażającym jest fakt, że z téj wielkiéj liczby więcéj aniżeli 50% przypada na samą Galicyję, bo 66,863 ludzi w ciągu jednego roku. Dlatego chętnie zgadza się z wnioskiem Komisyi. — Poseł Dr. Roser (lekarz) popiera swój wniosek względem ustanowienia państwowego Urzędu zdrowia a nadto wnosi jeszcze rezolucyję téj treści: 1) wzywa się Rząd o przedłożenie projektu ustawy w sprawie ogłaszania i sprzedawania środków tajnych; 2) o wzięcie pod rozwagę opodatkowanie specyjalności farmaceutycznych; 3) o przedłożenie projektu ustawy w sprawie przechowywania środków wybuchających.

Z dyskusyi téj podnosimy głównie dwie sprawy, dla nas bardzo ważne. Po długich staraniach Wydział nasz lekarski widzi nareszcie życzenia swe urzeczywistnione. Otóż na rok szkolny 1891/2 przybędzie nam nowa i tak ważna nietylko dla Uniwersytetu naszego ale i dla kraju całego katedra higijeny i bakteryjologii; katedra ta stale systemizowana będzie wprawdzie obsadzoną na razie przez profesora nadzwyczajnego z płacą roczną 1200 złr. i dodatkiem aktywalnym 420 złr., ale nie wątpimy, że wkrótce profesura stanie się zwyczajną. Nadto obok asystenta dodanym będzie do katedry zakład higijeniczny należycie uposażony. Zapewne w ciągu roku 1891 Wydział zawezwany zostanie do przedstawienia kandydatów na tę katedrę, tak że z rokiem szkolnym 1891/2 nowo mianować się mający rozpocznie swoją czynność. — Drugą sprawą ważną dla kraju naszego jest zapowiedź p. Ministra, że ustanowi lekarzy fachowych do wykładów higijeny dla kandydatów stanu nauczycielskiego. I tego kraj oddawna sobie życzy; o znaczeniu i ważności tego urządzenia zbyteczna rozpisać się; szkoda tylko, że nie poruszono sprawy lekarzy szkolnych dla zakładów średnich, którąby się dało połączyć z poprzednią, i że nie dano p. ministrowi sposobności wypowiedzenia zapatrywania swego na tę kwestyję również ważną. W każdym razie wyrażamy radość swoją i wynurzamy podziękowanie dla p. Ministra, który ciągle i przy każdéj sposobności objawia życzliwość swoją dla naszego Uniwersytetu oraz rozumną dbałość o poprawę stosunków higijenicznych.

W końcu zapisujemy dziś inny jeszcze fakt pomyślny dla Uniwersytetu naszego. W skutek jednomyślnéj uchwały Wydziału lek. Ministerstwo Oświecenia uznało pracownię, zbiór preparatów i przyrządów dla ćwiczeń aseptycznych w operacyjach położniczych i ginekologicznych, założoną przez prof. Marsa i jego wyłącznym kosztem a przezeń Uniwersytetowi Jagiell. darowaną, o któréj znaczeniu pisaliśmy w swoim czasie, — za zakład uniwersytecki, uposażyła pracownię tę skromną roczną dotacyją na zakupno nowych przyrządów oraz na opłacenie służącego, kierownictwo zaś zakładem poruczyło w myśl wniosku Wydziału założycielowi i ofiarodawcy.

* Dziś odbywa się w Poznaniu uroczystość jubileuszowa Wydziału lekarskiego T. P. N., na którą i lekarze krakowscy otrzymali zaproszenie.

* Z Wydziału gospodarczego VI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Wydział gospodarczy otrzymał dotychczas następujące temata, mające być poddane dyskusyi na Zjeździe:

a) Od Sekcyi przygotowawczéj medycyny wewnętrznéj.

1) O ile ostatnie postępy w rozpoznawaniu chorób żołądka wpłynęły na leczenie tych chorób,
2) O zakażeniu mięszanem (*Mischinfection*).
3) Czy w krztuścu skuteczniejsze jest leczenie miejscowe, czy też wewnętrzne.
4) Porównanie wyniku leczenia dławca zapomocą tracheotomii z wynikami intubacyi krtani według metody O'Dwyera.
5) O leczeniu klimatem swojskim (*Climatotherapia nostras*).

b) Od Sekcyi ginekologicznéj.

6) Postępowanie w przypadkach nieustających wymiotów (*Hyperemesis gravidarum*).
7) Postępowanie w obec włókniaków macicy (*Fibromyomata uteri*).
8) Postępowanie w przypadkach niestosunku porodowego wyższego stopnia (*Pelvostenochoria*).

c) Od Sekcyi okulistycznéj.

9) Przyczyny i leczenie oderwania siatkówki. Ref. Dr. Wicherkiewicz z Poznania.
10) Antiseptyka w okulistyce. Ref. Dr. Ziemiński z Warszawy.
11) O leczeniu jaglicy. Ref. Dr. Sroczyński z Krakowa.

d) Od Sekcyi medycyny teoretycznéj.

12) O zatruciach ustroju, wywołanych przez zasady organiczne zwierzęce (ptomainy i leukomainy). Ref. Dr. J. Pruszyński z Warszawy, corref. Dr. Opieński z Krakowa.
13) Hypnotyzm u zwierząt w zastosowaniu i porównaniu z hypnotyzmem u ludzi. Ref. Dr. E. Biernacki z Warszawy, corref. prof. Dr. Cybulski z Krakowa.
14) Od Dra Feliksa Arnsteina w Kutnie w gub. Warszawskiéj: O cholerze dziecięcéj pod względem etyjologicznym, patogenicznem i leczniczym. Leczenie zapobiegawcze, dyjetetyczne i przeciwgnilne téj choroby.
15) Od Dra Obtułowicza w Buczaczu: O wynikach badań drobnowidowych rowków szyjnych u powieszonych i zagardlonych, oraz wartości tychże badań pod względem sądowo-lekarskim, z przedstawieniem preparatów mikroskopijnych.

Uwaga: Koledzy zamiejscowi, którzyby się chcieli podjąć zdania sprawy z powyższych tematów, które nie mają jeszcze referentów, zechcą się zgłosić listownie do przewodniczącego Wydziału gospodarczego prof. Rostafińskiego (ul. Wolska, 7); w razie niezgłoszenia się kolegów zamiejscowych Wydział wyznaczy referentów miejscowych.

Wszystkie pisma lekarskie i przyrodnicze zamiejscowe uprasza się o powtórzenie téj wiadomości.

* Rozporządzenie Ministerstwa spraw wewnętrznych we Wiedniu z d. 8 b. m., o którem w Nrze 50 *Przeglądu Lek.* wspomnieliśmy, opiewa w dosłownem tłomaczeniu jak następuje:

„Gdy lek przeciw gruźlicy, odkryty przez prof. Kocha w Berlinie, według orzeczenia Najwyższéj Rady sanitarnéj, jest

cennym środkiem pomocniczym do rozpoznawania i leczenia schorzeń gruźliczych, jednak dotychczas jest jeszcze środkiem tajnym, a przez stósowanie go w celach leczniczych powstać mogą czasem bardzo silne a nawet niebezpieczne dla życia skutki dla organizmu, Ministerstwo spraw wewnętrznych, chcąc umożebnić i ułatwić racyjonalne używanie tego środka na korzyść pomocy potrzebujących a na gruźlicę cierpiących, ale zarazem zapobiedz niebezpieczeństwom z użycia onego wynikać mogącym, aż do dalszéj decyzyi zarządza co następuje:

1) Sprowadzanie leku nastąpić może tylko z zakładów upoważnionych przez rząd pruski i dozwolone jest aż do dalszéj decyzyi tylko przełożonym zakładów leczniczych i naukowych oraz lekarzom upoważnionym do praktyki w królestwach i krajach reprezentowanych w Radzie państwa. W razie dowiedzionego nadużycia prawa do sprowadzania i stosowania środka władza polityczna krajowa może prawo to cofnąć, jednak pozostawia się możność odniesienia się w drodze rekursu do Ministerstwa spraw wewn.

2) Stósować wolno lek u człowieka tylko wtedy, jeżeli pochodzi ze źródła pewnego, jeżeli jakość jego nie jest upośledzoną pomimo rozcieńczenia i jeżeli się zachowuje wszelkie ostrożności wskazane przez doświadczenia naukowe. Ambulatoryjnego leczenia chorych tym środkiem bez zapewnionéj opieki lekarskiéj w celu udzielania pomocy lekarskiej w razie potrzeby podczas okresu reakcyi, zakazuje się.

3) Wszyscy lekarze są obowiązani zapisywać dokładne spostrzeżenia o leczeniu chorych tym lekiem, i udzielać informacyj na żądanie władzy politycznéj jako też wykazać zródło, skąd środek otrzymali.

4) Lekarze, którzy nie są kierownikami klinicznymi przy Wydziałach lekarskich lub prymaryjuszami w szpitalach, bezpośrednio podlegających władzy państwowéj lub krajowéj, są obowiązani, jeżeli przystępują do leczenia chorych tym środkiem, zawiadomić właściwą władzę polityczną.

5) O każdym przypadku śmierci, który się zdarza po użyciu tego środka, czy to w okresie reakcyi czy też w skutek niego, lekarz kierujący — w szpitalach za pośrednictwem dyrekcyj, obowiązany jest bezwłocznie i osobno donosić władzy politycznéj, podając wszystkie okoliczności na uwagę zasługujące.

6) Rzeczą władzy politycznéj jest, zakazać wszelkich spostrzeżonych nadużyć i niewłaściwości w obchodzeniu się ze środkiem, czuwać nad stósowaniem się do niniejszych przepisów, a w razie ich przekroczenia zastósować odnośne przepisy, względnie rozporządzenie ministeryjalne z d. 30 września 1857, Dz. p. p. 198 (grzywna od 1—100 zł., lub areszt od 6 godzin do 14 dni).

7) Rozporządzenie niniejsze obowiązuje od chwili ogłoszenia.

* Na wczorajszem posiedzeniu Tow. lekarskiego prof. Browicz zdał krótką sprawę z badań histologicznych uskutecznionych na skrawkach wziętych ze ścian przetoki z przypadku gruźlicy śródręcza leczonego przez prof. Rydygiera środkiem Kocha i doszedł do wniosku, że po zastrzyknięciu środka nie przychodzi do nekrozy, lecz rozwija się typowe zapalenie z cechą krwotoczną z następowem ropieniem. (Wykład ten umieszczony w Nrze niniejszym). Następnie prof. Gluziński mówił o swoich doświadczeniach, opartych na 2-tygodniowéj obserwacyi biegu reakcyi po zastrzyknięciu limfy Kocha (wykład ten również umieszczony jest w Nrze dzisiejszym). W dyskusyi zabrał głos Dr. Gluziński młodszy ze Lwowa; dalszą dyskusyję na wniosek prezesa odroczono dla spóźnionéj pory do posiedzenia następnego. Wreszcie przystąpiono do wyboru urzędników Tow. na rok przyszły. Zgodnie z wnioskami komisyi przedwyborczéj, przedstawionemi przez prof. Domańskiego, wybrani zostali wszyscy prawie jednomyślnie śród oklasków: prezesem prof. Gluziński, zastępcą prezesa docent Ponikło, bibliotekarzem dotychczasowy bibliotekarz Dr. Murdzieński, sekretarzem dorocznym Dr. Rosenzweig, redaktorem *Przeglądu Lek.* redaktor dotychczasowy, delegatem do komisyi sanitarnéj miejskiéj prof. Łazarski, delegatami do Tow. lekarzy galicyjskich dotychczasowi delegaci Drowie Krówczyński i Rieger we Lwowie, członkami komisyi redakcyjnyéj „Przegl. Lek.“: Proff. Cybulski, Mars, Obaliński i Oettinger, kontrolorami prof. Domański i docent Ponikło. Wreszcie wybrano członkami Tow. lek. Drów Kryńskiego, Łepkowskiego i Orskiego.

* Z prawdziwem ubolewaniem donosimy, że prof. Cybulski doznał wczoraj złamania kości podudzia. Według zapewnienia prof. Rydygiera, który się nim opiekuje, nie grozi choremu żadne niebezpieczeństwo, jednak z natury rzeczy wynika, że przez kilka tygodni zmuszony będzie zaniechać po części rozlicznych swych zajęć.

* Prof. Obaliński wstrzykuje codziennie od 18 b. m. począwszy limfę Kocha chorym z gruźlicą stawów i kości na oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza. Koledzy chcący brać udział w tych doświadczeniach, mogą się tam zgłaszać między 10 a 12 przed południem i między 6 a 7 po południu.

* Staraniem Tow. Opieki zdrowia odbyły się w minionym tygodniu dwa odczyty. Prof. Cybulski w pouczającym swym wykładzie, urozmaiconym pięknemi demonstracyjami, wyjaśniał znaczenie fizyjologiczne powłok zewnętrznych i wskazywał na potrzebę pielęgnowania skóry. Licznie zgromadzona publiczność dziękowała oklaskami prelegentowi za interesujący ze wszech miar wykład. Przed równie licznie zebraną publicznością miał prof. Browicz rzecz „o szczepieniu chorób zakaźnych“, a między innemi jasno i dla każdego zrozumiale tłomaczył istotę i znaczenie szczepienia limfą Kocha.

* W tygodniu 48 (od 30 listopada do 6 grudnia) było w Krakowie małżeństw 13, urodzin 47, skonów 52 (36·62); z tych było: z zap. płuc 11, z gruźlicy 9, z dławca i błonicy 7, z odry 3.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Graz.** Dr. Jan Habermann, docent prywatny w Pradze mianowany nadzw. profesorem otyjatryi.

* **Wiadomości osobowe**. Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp.: Ludomił Korczyński z Korczówki, Stefan Aleks. Skrzyński z Wronowic w Galicyi, Leon Jan Wacholtz z Krakowa.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazccie Lek.* Nr. 48: Nenckiego i Sahlego: Euzymy w terapii; Jegonowa: Przyczynek do nauki o unerwieniu naczyń kończyn tylnych u żaby; Sawickiego: O przeszczepianiu płatów z szypułą z odległych okolic ciała (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 48: Wendy: Wody gazowe warszawskie. — W *Kronice Lek.* Nr. 11: Polikiera: O poszukiwaniach Brown-Séquarda nad działaniem płynu jądrowego; Krajewskiego: O doraźnéj pomocy przy zatrzymaniu moczu (c. d.). — W *Pamiętniku Tow. lek. warsz.* z. III.: Kuczyńskiego: Przyczynek do histologii gruczołów Brunnera; Grossglika: Przyczynki do nauki o krwistości wodnicowéj. — W *Nowina h Lek.* Nr. 12: Barącza: Nowy sposób operowania polipów nosowych; Bujwida: O zapobiegawczem szczepieniu wścieklizny metodą Pasteura; Szumana: Przyczyny zwyrodnienia laseczników wąglika; tegoż: Pogląd na leczenie zewnątrz macicznéj. — W *Gazecie Lek.* Nr. 49: Pawińskiego: O rytmie wahadłowym tonów serca i jego stosunku do rytmu galopowego; Sawickiego: O przeszczepianiu płatów z szypułą z odległ. okolic ciała (dok.); Cybulskiego: O ucisku mózgu (c. d.); Jakowskiego: Przyczynek do badania plwociny na prątki gruźlicze. — W *Medycynie* Nr. 49: Szwajcera i Rembielińskiego: Sprawozd. z ruchu chorych w szpit. zapasowym w Warszawie.

Redakcyja otrzymała:

Prof. Dr. N. CYBULSKI: Fizyjologia człowieka, część I. (krew, limfa, mięśnie, układ nerwowy). Warszawa 1891 in 8-vo str. 239. — Prof. Dr. KADYI: O potrzebie zasadniczéj reformy studyjów weterynaryi. Lwów 1890 in 8-vo str. 75. — Dr. DRZEWIECKI (Warszawa): O leczeniu przewlekłych nieżytów płuc i suchot za pomocą wdechań gazowych (odbitka z *Nowin Lek.* 1890) in 8-vo str. 3. — Dr. KUCHARZEWSKI (Warszawa): Ueber d. Transsudat i. d. Darm. unter d. Einfluss d. Mittelsalze (odbitka z *D. Archiv. f. klin. Med.*) in 8-vo str. 12.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXIX. Kraków, 27 Grudnia 1890. Nr. 52.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Przegląd Lekarski, organ Towarzystw lekarskich krakowskiego i galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1891 rok trzydziesty swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości 1½ arkusza na tydzień, jak najregularniéj.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne, są płatnemi.

Autorowie, życzący sobie otrzymać odbitki osobne z prac swych, zechcą na rękopiśmie oznaczyć ich ilość; życzeniom bowiem późniéj objawianym zadość czynić niemożemy.

Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. Przyczynek do zachowania się płuc przy leczeniu gruźlicy metodą Kocha.

przez

Dr. J. Surzyckiego,

asyst. klin. lek. prof. Dra Korczyńskiego.

Od czasu gdy Fraentzel w dniu 17/11 b. r. na posiedzeniu Towarzystwa dla medycyny wewn. w Berlinie ogłosił doświadczenie nad leczeniem gruźlicy płuc limfą Kocha (*D. m. Woch.* Nr. 47 z 24/11 1890), prawie każdy dzień przynosi nowe spostrzeżenia nad leczeniem gruźlicy płuc tym sposobem. Z wielkiem zdziwieniem spostrzega się jednak, że w tych licznych doniesieniach autorowie nie podają wcale zmian, jakie nastają w płucach bezpośrednio pod wpływem wstrzykiwań limfy Kocha, lub opisują je w sposób bardzo niedokładny.

Wyjątek od tego stanowią spostrzeżenia Noordena (*D. m. Woch.* Nr. 49, z 4/12 1890), Korczyńskiego i Gluzińskiego (wypowiedziane na posiedz. Tow. lek. krak. w d. 3/12 1890), Ewalda (*Berl. klin. Woch.*, Nr. 51 z d. 10/12 1890) i Gluzińskiego (Przegl. Lek. Nr. 51 z 20/12 1890), które określają dokładniéj zmiany, jakie powstają w płucach gruźlicą dotkniętych po użyciu wstrzykiwań limfy.

Sądzę więc, że jest na czasie, by ogłoszone zostały szczegółowo dwa przypadki suchot płucnych, które dzięki uprzejmości prof. Dra Rydygiera pozostają w klinice chirurgicznéj pod obserwacyją i leczeniem prof. Dra Korczyńskiego. Opis przypadków tych stwierdzi dowodnie słuszność wniosków, wypowiedzianych przez prof. Dra Korczyńskiego na posiedz. Tow. lek. krak. w d. 3/12 br. i poglądów prof. Dra Gluzińskiego zamieszczonych w Nrze 51 Przegl. Lek. z r. b. Historyje choroby przedstawię w jak największem streszczeniu:

Przypadek 1. J. D., l. 34, dziedzicznie nie obciążony. Przebywał uporczywą zimnicę, następnie zapalenie nerek bez zatrzymania śladów. Pierwsze objawy płucne wystąpiły w październiku b. r., kiedy chory zapadł na ostry gościec stawowy i d. 15 przyjęty do kliniki okazywał lekkie przytłumienie w szczycie lewym, wdech tamże szorstki pęcherzykowy i nieliczne drobne rzężenia, a w plwocinach wykazano w małéj ilości prątki. Ciepłota z powodu gośćca dochodziła do 39·0, po zastosowaniu antipyryny gościec ustąpił, a ciepłota wieczorami dochodziła tylko do 37·7 przy używaniu 1·00 kreozotu dziennie. Do końca października stan bezgorączkowy, pomimo że stłumienie wzmagało się a rzężeń przybywało, a 31/XI w plwocinach dość skąpych pokazała się krew. Od czasu do czasu bywały tylko nieznaczne nasilenia gośćca z obrzmieniem 2—3 stawów, ale bez znaczniejszéj gorączki (max. 38·8° C.). Wśród tego waga ciała z 53,200 podniosła się do 55 klg. Chory dopiero od 15/XI zaczyna pod wieczór gorączkować (max. 39·3), miewać dreszczyki i poty nocne, a plwociny poprzednio śluzowe stają się typowo-ropne, a w d. 22/XI można było stwierdzić już przytłumienie po lewéj stronie do grzebienia łopatki, po prawéj w samym szczycie — wdech po lewéj bardzo szorstki pęcherzykowy, wydech zbliżony do oskrzelowego, liczne dźwięczne rzężenia, w prawym rzężeń nie ma. Max. ciepłoty wieczornéj 38·4 do 39° C: Liczba oddechów 28—32. 24/XI. W dniu pierwszego wstrzykiwania przedtem przedsiębrane badanie wykazało: po

pr. str. przytłumienie w szczycie z przodu tylko w dołku nadobojczykowym, z tyłu do grzebienia łopatki, tamże bardzo skąpe niedźwięczne rzężenia; po lewéj z tyłu do grzebienia łopatki, z przodu odgłos stłumiony, w szczycie poniżéj przytłumiony do górnego brzegu czwartego żebra, jak niemniéj w pasze lewéj do 4 żebra, tamże słabe tarcie opłucnowe, pod łopatką lewą odgłos przytłumiony; w miejscach stłumienia liczne drobne rzężeńka dźwięczne. Ilość plwocin 60 ctm. Ilość ciałek krwi czerw. 2.900,000, ilość hemoglobiny 105%, prątków spora ilość, waga 54 klgr. Po wstrzyknięciu 1 miligr. max. ciepłota w $4\frac{1}{2}$ godz. 40·0° C. 25/XI. 2 dawka 0,001, ciepł. max. 39,1, p. 88. Stłumienie po lewéj stronie większe, rzężeń także więcéj i wyraźniejniejsze. Plwocin 50 ctm. Śledziona wyraźnie większa. Spora ilość prątków. 26/XI Bez wstrzyknięcia. Waga 53,800, plwocin 45 c. c. W płucach *status idem.*, max. ciepł. 39,1. 27/XI. 3 wstrzyk. 0,002, max. 38·8. Między brzegiem wewn. łopatki a stosem pać. po str. lewéj odgłos przytłumiono-bębenkowy, tamże liczne trzeszczące rzężenia. 28/XI. bez wstrzyknięcia, max. 38·7, w płucach obydwóch rzężeń spora ilość, zawsze jednak więcéj po stronie lewéj, osobliwie poniżéj obojczyka i w pasze i z tyłu u dołu. 29/XI. 4 wstrzyk. 0,004, max. 39,1, w plwocinach w kilku grudkach krew, prątki jak przed tem. W płucu lewem stłumienie między łopatką a stosem pać. większe, oddech tamże oskrzelowy, rzężeń tamże mniéj. 30/XI bez wstrzyknięcia, ciepłota max. 38,5. Bóle gośćcowe choremu mocno dokuczają. 1/XII bez wstrzyk. max. 39·7, odgłos wypukowy między łopatką a stos. pać. po str. lewéj jawniejszy, rzężeń nierównobańkowatych tamże więcéj. Waga 52,800 mm. 2/XII bez wstrzyk., max. 39·2, plw. 35 cc. Z tyłu po lewéj stłumien. zupełne do grzeb. łop. poniżéj 4 ctm przytłumienia, poniżéj odgłos wyjawniał. Rzężeń znacznie mniéj. Z przodu po l. odgłos jawniejszy, rzężeń też mniéj. 3/XII 5 wstrzyknięcie 0,006 ciepł., 39·9, p. 100, odd. 38, plwocin 38 cc. więcéj śluzowych bez krwi, jednak prątków sporo. 4/XII 6 wstrzyk. 0,006, max. ciepł. 40,4 p. 96, waga 52,600. Plwocin 40 c. c., prątków znacznie mniéj. 5/XII 7 wstrzyk. 0,006 max. 40,4 p. 96, waga 52,00. Plwocin 45 c. c., prątków sporo, tyle co przedtem. stłumienia w rozmiar. poprzednich. W okolicy grzeb. łopatki lew. wdech i wydech oskrzelowy, przyczem liczne grubońkowate dźwięczne rzężenia. Z przodu jak poprzednio. Śledziona jeszcze wyraźnie powiększona. 6/XII 8 wstrzyk. 0,006, max. ciepł. 39·7, plwocin 45 c. c., prątki jak przedtem. Stłumienia jak przedtem. W szcz. lew. rzężenia dźwięczne różnobańkowe dość liczne. poniżéj mniéj ale więcéj grubobańkowych. Śledziona nie powiększa się. Waga 52,600. 7/XII 9 wstrzyk. 0,006 max. ciepł. 39·4, plwocin 52 c. c. śluzoworopnych trochę pienistych, prątków spora ilość, waga 52,700. Nasilenie gośćcowe nieznaczne. 8/XII 10 wstrzyk. 0,006 max. ciepł. 39,9. Plwociny z grudkami krwi, miejscami rdzawe 40 c. c., prątków sporo. Z tyłu po stronie lewéj nowe przytłumienie do kąta łopatki, wdech prawie oskrzelowy, rzężeń mało, więcéj w szczycie. Po prawéj z tyłu od $\frac{1}{2}$ łopatki do kąta bębenkowo przytłumiony bez rzężeń z zaostrzeniem wdechów, natomiast w okolicy grzebienia łopatki po kaszlu b. skąpe drobne rzężenia. Z przodu przytłumienie jak dawniéj, rzężeń mało. Śledziona zawsze powiększona. 9/XII 11 wstrzyk. 0,006, max. ciepł. 39·7. Plwocin 50 c. nieco krwawe, prątków wiele, granice stłumień szczytowych jednakowe, wyraźniejsze po lewéj i większe niż z samego początku. Stłumienie po lewéj od grzebienia do kąta wyjawniało, a rzężeń b. mało i tylko głuchych więcéj po kaszlu. Również z przodu po lewéj odgłos wyjawniał, utrzymuje się tylko przytłumiono bębenkowy i rzężeń b. mało głuchych. W szczycie pachy lewéj do 7-go żebra drobne rzężeńka się utrzymują. Nad mostkiem około 4 żebra tarcie osierdziowe. 10/XII 12 wstrzyk. 0,006 max. ciepł. 39·2, t. 100, waga 52,600 Ilość prątków jednakowa. 11/XII 13 wstrzyk. 0,007, max. ciepł. 38,7. Z tyłu po lewéj stłumienie do $\frac{1}{2}$ łopatki, po prawéj tylko w szczycie, poniżéj do $\frac{1}{3}$ doln. łopatki wypuk bębenkowy, rzężeń brak. Po lewéj rzężeń b. skąpa ilość. Z przodu po lewéj odgłos bardziéj wyjawniał, rzężenia tylko po kaszlu, po prawéj wcale ich nie ma, a stłumienie utrzymuje się tylko w szczycie. Tarcie osierdziowe wyraźne. 12/XII 14 wstrzyk. 0,008, max. ciepł. 39·5, t. 100. W plwocinach prątków b. wiele. Po raz pierwszy zauważono wyraźne poprzerywanie i postacie drobniejsze jakby ułomne. 13/XII 15 wstrzyk. 0,01, max. ciepł. 40·3. t. 82. Plwocin 45 cc. śluzoworopne, bardzo wielka ilość prątków, wyraźnie poprzerywane. W płucach stan ten sam. Waga 52,700. 14/XII Bez injekcyi. Max. ciepł. 38·4, t. 84. Plwocin 40 c. śluzoworopne, prątków znacznie mniéj, b. niewyraźnie poprzerywane. W płucach nowe stłumienie między $\frac{1}{2}$ a kątem lewéj łopatki, oddech oskrzelowy ale bez rzężeń. Zresztą jak przedtem, tylko z przodu znacznie więcéj rzężeń po stronie lewéj i to różnobańkowe. Waga 52,500. 15/XII 16 wstrzyk. 0,01, max. ciepł. 38·8, t. 72. Plwocin 45 cc., prątków mniéj, niektóre poprzerywane. Waga 52,500. Świeże stłumienie z tyłu po prawéj wyjawniało, w tem zaś miejscu b. nieliczne drobne rzężenia. Po lewéj również odgłos jawniejszy w miejscach poprzednio przytłumionych, tylko w szczycie wyraźne, rzężeń b. skąpa ilość. 16/XII 17 wstrzyk. o godz. 11 przedp. 0,012 max. ciepł. 39·1 o 6 następnie spada do 38·7 i o 10 znowu na 39·6, t. 100. Plwocin 42 cc., prątków spora ilość, trochę poprzerywanych. Waga 52,500. W płucach nie ma dalszych zmian. 17/XII 18 wstrzyk. 0,012, max. ciepł. 40·2, t. 96. W płucach w szczytach zmian nie ma, poniżéj zaś wyjawniał odgłos, rzężeń b. skąpa ilość tak z przodu jak z tyłu. Waga 52,400. 18/XII 19 wstrzyk. 0.012, max. ciepł. 39·5, t. 84. Plwocin 50 cc., prątków nieco mniéj, poprzerywanie nie wyraźne. Z tyłu po lewéj stłumienie w szczycie jak przedtem. Obok tego nowe stłumienie od $\frac{1}{2}$ do kąta łopatki. Tamże wdech szorstki pęcherzykowy, wydech prawie oskrzelowy, rzężeń b. mało, tylko w pasze lewéj i w szczycie lewym. Tarcie opłucnowe w pasze lewéj jeszcze się utrzymuje. Waga 52,500. 19/XII Injekcyi nie robiono. Plwocin 40 cc. więcéj śluzowe, prątków nieco mniéj, poprzerywanie dość widoczne. Ciepł. o 2-éj 39·0, o 4-éj 38·7, o 5-éj 38·7. Stłumienie znaczne po lewéj z tyłu od szczytu do poniżéj grzebienia łopatki na szerokość 2 palcy, poniżéj zaś tylko bębenkowy, lekko bardzo przytłumiony. Po prawéj z tyłu stłumienie dochodzi do grzebienia łopatki, poniżéj jawniejszy, a daléj poczyna się nowe przytłumienie od $\frac{1}{3}$ górnéj części łopatki do kąta, od kąta łopatki zaś do samego dołu odgłos bębenkowy. Wdech po lewéj b. szorstki, wydech zaś w okolicy $\frac{1}{2}$ łopatki oskrzelowy, rzężeń po lewéj b. mało. Po prawéj w szczycie wdech szorstki pęcherzykowy, wydech oskrzelowy, rzężenia b. skąpe drobne. W miejscu nowego stłumienia po stronie prawéj oddech nieoznaczony bez rzężeń. Waga ciała 52·900. Uczucie podmiotowe dobre. Bolów gośćcowych nie ma.

Przypadek 2. dotyczy Fr. S. l. 27, rolnika nieobciążonego dziedzicznie, u którego objawy płucne rozpoczęły się przed rokiem uporczywym kaszlem zrazu suchym. W styczniu b. r. pokazała się 2 razy krew w plwocinach, a w czerwcu b. r. kłucie w boku lewym. Przytem waga ciała z 70 kil. spadla na 53 kil. W ostatnich czasach pokazały się dreszczyki wieczorem i mocne poty. Przyjęty do kliniki d. 28/XI. okazywał następujące zmiany: Z przodu po str. prawej przytłumienie w dołku nadobojcz. i na obojczyku; po lewej większe przytłumienie od szczytu do górnego brzegu 2-go żebra i w pasze lewej. Z tyłu w prawym szczycie lekkie przytłumienie, nie dochodzące do grzebienia łopatki; po lewej stłumienie wyraźniejsze i schodzi prawie do grzebienia łopatki. Z tyłu wdech w szczycie lewym słaby pęcherzykowy i nieliczne drobne rzężenia, po kaszlu wyraźniejsze, w szczycie prawym szorstki pęcherzykowy, rzężeń brak. Zresztą po całej stronie lewej z tyłu nieliczne drobne rzężenia, w dole liczniejsze zbliżone do dźwięcznych; po prawej tylko poniżej stłumienia nieliczne rzężeńka głuche. Z przodu w szczycie prawym bardzo nieliczne rzężeńka drobne, w lewym liczniejsze i więcej dźwięczne przy wdechach pęcherzykowych słabszych po lewej niż po prawej stronie. Również drobne rzężeńka w pasze lewej — więcej głuche. Śledziona nie powiększona, zresztą nic szczególnego. Przez 4 dni pierwsze ścisłej obserwacyi ciepłota najwyżej 37.0, plwocin przeciętnie 30 c. c. śluzowych z domieszką ropnych, a prątków 1-po dnia b. mało, następnie nieco więcej, ale zawsze mierna ilość. Waga 53 kil. W moczu żadnych zmian. Ostatniego dnia lekkie krwioplucie. 2/XII 1 wstrzyk. 0,001 ciepł. max. 37,4 t. 78. Plwocin 40 c. c. śluzoworopnych z domieszką krwi, prątków nieco więcej. Po prawej str. z tyłu świeże stłumienie niżej na 3 ctm., po lewej jak przedtem po prawej skąpe ilości rzężeń, gdzie ich przedtem nie było, po lewej zaś więcej niż poprzednio. Z przodu po lewej przytłumie-

nie posunęło się do dolnego brzegu 2-go żebra i rzężeń więcej. Śledziona niezmieniona. 3/XII. 2-ie wstrzyk. 0,002, ciepł max. 38,5 t. 80. Plwociny jak przedtem w ilości 25 c. c., prątków bardzo mało. Waga 51.800. — 4/XII. 3-ie wstrzyk. 0,002, ciepł. max. 38.7 t. 90. Plwocin 45 c. c., prątków kolosalna ilość jak nigdy przedtem. W płucu lewem rzężeń znacznie mniej, stłumienie z tyłu w szczycie nieco się ku dołowi posunęło, z przodu zaś jak przedtem. 5/XII. 4-e wstrzyk. 0,002, ciepł. max. 38,1 t. 86. Plwocin 45 c. c. śluzoworopnych bez krwi, prątków spora ilość, ale mniej niż 4/XII, stłumienie z tyłu po lewej posunęło się niżej a odgłos stał się przytem bębenkowy. Rzężeń o wiele więcej różnobańkowych, tylko w szczycie lewym drobne. W prawym nie wiele rzężeń, stłumienia jak poprzednio. Śledziona nieznacznie powiększona. W nocy obfite poty. Waga 51.500. 6/XII 5-te wstrzyk. 0,002, ciepł. max. 37.7, t. 82. Plwocin 45 c. c. lekko rdzawe, b. mało prątków. Z przodu stan jak przedtem. Z tyłu zaś po str. lewej, stłumienie od szczytu aż nieco poniżej grzebienia łopatki wyraźne — poniżej jawny tylko bębenkowy, a natomiast znowu od $^1/_2$ łopatki bębenkowo przytłumiony, zresztą w szczycie jak dawniej. Z tyłu w szczycie lewym rzężeń prawie niema, za to poniżej o wiele więcej niż przedtem, zwłaszcza koło kąta łopatki są grubobańkowate. Po prawej brak rzężeń z tyłu i z przodu tylko w szczycie. Śledziona nie powiększona. Waga 52.060 7/XII. 6-te wstzyk. 0,003, ciepł. max. 37.2, t. 84. Plwocin 35 c. c. trochę rdzawych, prątków niewiele, mniej niż przedtem. W płucach nowych zmian nie ma. 8/XII. 7-e wstrzyk. 0,004, ciepł. max. 39.8 (przedtem między 7— a 9-ą silne dreszcze), tętno 100 słabe, przytem lekkie objawy zapadu; chory skarżył się przez kilka godzin na omdlewanie, znaczne osłabienie i nudności. W płucach stłumienie w poprzednich granicach, rzężeń tylko w ogóle mniej. Śledziona nie powiększyła się. Plwocin 35 c. c. śluzoworopne, prątki w mniejszej ilości. Pierwszy raz zauważyłem pewne nieregularne formy, poprzerywanie tychże i jakby zniekształtnienie ich. Waga 52 kil. 9/XII. 8-e wstrzyk. 0,004, ciepł. max. 37.8, t. 94. Plwocin 40 c. c. prątków mało. Z tyłu po lewej w $^1/_2$ łopatki rzężenia dźwięczne grubobańkowate, około grzebienia również ich spora ilość, a na tej przestrzeni wdech oskrzelowy. Po całej prawej str. rzężenia średniobańkowate, niezbyt dźwięczne. Z przodu po lewej rzężeń w szczycie mało i to głuchych, poniżej ich nie ma, po prawej zaś do 2 żebra mierna ilość średniobańkowatych, poniżej skąpe. Śledziona nie zwiększona. 10/XII. 9-te wstrzyk. 0,006, ciepł. max. 37.5, t. 90. Plwocin 35 c. c. prątków kolosalna ilość jak nigdy przedtem. Waga 51.600. 11/XII. 10-te wstzyk. 0,008. Ciepł. max. 37.5, t. 96. Plwocin 35 c. c. więcej śluzowych, prątków jednak b. wiele. Zresztą nic szczególnego. 12/XII 11 wstrzyk. 0,01 ciepł. max. tylko 37·8 t. 92. Plw. 40 cc., prątków b. dużo, z nich wiele poprzerywanych. W płucach: z tyłu po str. praw. stłumienie niżéj grzebienia, po lewéj zaś wystąpiło nowe przytlumienie w okolicy kąta łopatki, około zaś grzebienia łopatki odgłos wyjawniał. W boku lewym nowe stłumienie schodzi się ze stłumieniem śledziony i tamże rzężenia głuche. Około stosu kręgowego po lewéj dźwięczne rzężenia. Zresztą ilość rzężeń nieznaczna, dopiero wieczór znacznie ich więcéj. Nad tętnicą plucną rozkurczowe tarcie. 13/XII 12 wstrzyk. 0,012, ciepł. max. tylko 37·4, l. 88. Prątków spora ilość widocznie poprzerywanych. Waga 52·2. W płucach zmiany jak przedtem. 14/XII 13 wstrzyk. 0,012, ciepł. max. tylko 37·1, l. 86. Prątków trochę mniéj, również niektóre poprzerywane. W okolicy kąta łopatki lewéj odgłos wyjawniał, tam liczniejsze rzężenia. Za to w szczytach przytłumienia znaczniejsze, rzężeń wogóle niewiele. 15/XII 14 wstrzyk. 0,012, ciepł. max. tylko 37·3, l. 98. Plwociny rdzawe 30 c. c. prątków niewiele, niektóre przerwane. W płucach nowe stłumienia mniéj wyraźne, rzężeń b. mało, zaledwie po kaszlu. 16/XII 15 wstrzyk. 0,014, ciepł. max. tylko 37·5, zresztą wszystko jak przedtem. 17/XII 16 wstrzyk. 0,016, ciepł. max. 37·5. Plwocin 35 c. c. śluzowo-ropne, prątków nie tak wiele, trochę poprzerywane. Stłumienie z tyłu po lewéj w dole o wiele wyjawniało, rzężeń bardzo mało, tylko w szczycie lewym utrzymują się. 18/XII 17 wstrzyk. 0,018, ciepł. max. 37·7. Plwocin zaledwie 30 cc. i to więcéj śluzowe, prątków niewiele. W płucach oprócz dawnych szczytowych stłumienie tylko pod kątem łopatki lewéj; rzężeń b. mało przeważnie w szczytach. 19/XII 18 wstrzyk. 0,02, ciepł. max. tylko 37·5, l. 96. Plwociny więcéj śluzowe w mniejszéj niż dotychczas ilości. Prątków niewiele. Waga 53 kil. Stłumienie w szczytach obydwóch bardziéj niż w początku nasilone. Pod kątem łopatki lewéj, oraz w samem dole w linii pachowéj lewéj, lekkie przytłumienie i w tych miejscach głuche nieliczne drobne rzężenia. Po kaszlu pokazują się one i w szczycie lewym. Z przodu stan niezmieniony, rzężeń b. niewiele i tylko po lewéj stronie. Śledziona w wymiarach poprzednich.

U chorych z gruźlicą płuc, obok znanéj reakcyi ogólnéj pojawia się więc i reakcyja miejscowa, która objawia się zwiększeniem się ilości rzężeń, przytłumieniem, a nawet stłumieniem odgłosu nietylko w najbliższém sąsiedztwie nacieku gruźliczego, ale i w miejscach odległych. Reakcyję tę można uważać jako pewien rodzaj zapalenia płuc, gdyż równocześnie pojawić się może suche zapalenie opłucny lub osierdzia, a plwociny częstokroć zawierają krew. Świeżo powstałe stłumienia po pewnym czasie jawnieją całkowicie lub częściowo a w miejscu tem pojawiają się obfite rzężenia tak jak w okresie rozdzielania się nacieku w zapaleniu płuc. — Śledziona obrzmiewa, a plwociny stają się więcéj śluzowe. Ilość prątków jest zmienna. Zmiany w kształcie prątków, jakie opisał Fraentzel i Jaksch, nastają dopiero po kilkunastu wstrzykiwaniach. Można je jednak napotkać także u chorych gruźliczych, którym się limfy Kocha wcale nie wstrzykuje.

W przyp. I waga ciała po małych wahaniach wróciła do pierwotnéj, w przyp. II zmniejszyła się o 2·100 grm.

Czy korzystny wpływ na gościec, jaki zauważono w przyp. I, jest zjawiskiem tylko przypadkowem, wykazać mogą dopiero dalsze doświadczenia.

W końcu wyrażam p. prof. Dr. Rydygierowi podziękowanie za uprzejmość okazaną przez umieszczenie tych dwóch chorych w swéj klinice i stosowanie im wstrzykiwań ze swego zapasu szczepianki Kocha.

Kraków 19/XII 1890.

II. Z oddziału chirurgicznego prof. Obalińskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

O doszczętnem leczeniu przepuklin pachwinowych sposobem Bassiniego.

Podał
Dr. Czesław Podgórski,
I-szy sekundaryjusz oddziału.

(Dok. Patrz Nr. 51.)

Po otwarciu całego przewodu pachwinowego przekonano się, iż przepuklina wychodzi istotnie wprost z jamy brzusznéj przez *fovea inguinalis interna*, podczas gdy sznurek nasienny grubemi naczyniami opatrzony przez kanał pachwinowy poniżéj i nieco na zewnątrz od bramy przepukliny ku jądru zdąża. Między wyjściem sznurka z jamy brzusznéj (*fovea inguinalis externa*) a przepuliną (*fovea inguinalis interna*) znachodzi się mostek szerokości czterech centimetrów z powięzi głębokich utworzony, a w środku tętnicę *art. epig.* zawierający. Oddzielono więc obecnie cały sznurek nasienny, przyciągnięto go na haku ku górze i zewnątrz. Następnie oddzielono od otoczenia worek przepuklinowy (na którego szczycie tkwił gruczoł limfatyczny zapalnie zmieniony) dla przekonania się otwarto go i znaleziono próżnym, ale ściany jego zapalnie nacieklé; oddzielono go więc na tępo w głąb i poza bramą nisko w części zdrowéj podwiązano, a resztę worka poniżéj odcięto. Teraz zespojono poprzednio naciętą warstwę potrójną z mięśnia wewnętrznego skośnego, powięzi m. poprzecznego i powięzi prostopadłéj Coopera złożoną przez przyszycie jéj do więzu Pouparta i bokiem do wspomnianego mostka. Sznurek nasienny wypuszczono zewnętrznogórnym końcem rany. Bramę położoną w wewnętrznym brzegu rany zamknięto i to szwami głębokiemi zbliżającymi brzuszne brzegi szyi, aby otrzymać niejako ciąg dalszy wyżéj wspomnianéj tylnéj ściany, ułożono na to sznurek na-

sienny, który jednak szwów końcowych już nie zakrywał, kierując się wcześniéj na dół ku mosznie. Nad tą ścianą i nad sznurkiem na niéj ułożonym zeszyto ścięgno mięśnia skośnego zewnętrznego. Nadmienić jednak muszę, że odszukanie i oddzielenie warstwy głębokiéj (*m. transver. abdom. obliqu. intern.*) od płytkiéj (*m. obliqu. exter.*) nad całym kanałem pachwinowym tak łatwe, tu w kącie wewnętrznym koło szyi *hernia directa* napotyka na trudności, gdyż wszystkie te twory zlewają się razem w jedną powięź twardą, rozdzielającą się dopiero niżéj na udzie, zamknięcie więc to bramy jest prawie analogicznem do szycia Czernyego tem bardziéj, że sznurek nasienny ponad szwami tu nie idzie, tylko wcześniéj na zewnątrz ku dołowi się skręca. Zaznaczając tę okoliczność, do któréj poniżéj jeszcze powrócę, podaję dalszy opis pzzypadku. Ranę skórną zeszyto w zupełności. Po 6 dniach opatrzono, rana była zagojoną *per primam* tak, że wyjęto szwy i bliznę przykolloidonowano.

9) Wawrzyniec Zając, lat 32, ekspres. Chory podaje, że nigdy na przepuklinę nie cierpiał. Obecnie przed 15-tu godzinami nagle wystąpił mu guz w okolicy pachwinowéj prawéj w moszne prawą wchodzący i od tego czasu nie oddaje kału i wiatrów. W ostatnich chwilach wystąpiły często wymioty. Gdy w narkozie odprowadzenie się nie udało, wykonano (autor rozprawki niniejszéj) operacyję radykalną Bassiniego. Przy oddzieleniu worka, po otwarciu go w dole przekonano się, że *processus vaginalis* jest otwarty w całości a sieć do szczytu jądra przyrośnięta. Pierścień uciskający stanowiło okrężne zgrubienie ściany samego worka, zawieającego nieznaczną pętlę jelita cienkiego a duży płat sieci. Jelito było silnie nastrzykane, wiśniowo-czerwone, ale połyskujące, sieć silnie przekrwiona, a z worka po otwarciu wylała się dość znaczna ilość cieczy posokowatéj cuchnącéj. Pierścień zaciskający rozcięto, jelita uwolniono, sieć zgrubiałą, podwiązawszy kilkakrotnie, odcięto a worek w głębi niżéj pierścienia zamknąwszy, z powodu szerokości szyi, szwem Zweiffla-Obalińskiego odcięto. Część podwiązana otrzewny wycofała się do jamy brzusznéj. Obecnie umieszczono sznur nasienny w sposób téj metodzie właściwy i zespojono w zupełności brzegi skórne i ranę przykollodiowano. Stolec był w kilka godzin po operacyi, wymioty i bóle ustąpiły. Przez trzy dni chory miał się całkiem dobrze. Dnia 4-go wystąpiła ciepłota 40° C., wieczorem chory dostał wymiotów żółciowych, które odtąd się trwale utrzymywały. Przy badaniu miejscowem rany, przyczyny tego stanu nie znaleziono, rana nie zaczerwieniona, okolica jéj całkiem niebolesna. Odgłos wypukowy bębenkowy. Chory żali się ciągle na zawrót i silny ból głowy, a do bolesności okolicy wątroby dołączyła się 8-go dnia wybitna żółtaczka. Rana jednak całkiem zgojona tak, że szwy puszczono. W głębi przy ucisku nad więzem prawym Pouparta mierna bolesność. Po stronie lewéj w dolnym płacie płuc skonstatowano objawy nacieku. Plwociny krwawe. Ciepłota ciągle nie podwyższona. Na całéj skórze gwałtowny świąd tak, że chory drapiąc się gwałtownie, brzegi rany powierzchownie rozdarł. Wśród objawów senności, częstych krwawień z nosa i suchości języka, chory w 13 dni po operacyi umarł. Tłomaczyliśmy sobie cały przebieg tak, że uciśnięta sieć lub jelito były źródłem następowych zmian w narządzie krążenia wątrobowym (stąd bolesność wątroby i żółtaczka z objawami zatrucia kwasami żółciowymi, a sprawę w płucach pojmowaliśmy jako infarkt wyszły ze skrzepów żył wątroby. Sekcyja wykazała: *Phlebitis venae spermaticae dxt. Vaginitis testis haemorhagica. Haematokele. Phlegmone septica textus subperitonealis in regione lig. Pouparti dextr. Hyperae mia passiva nec non pseudodyphtheria superf. mucosae partis intestini ilei supra divert. Meckeli. Pneumonia crouposa lobi infer. pulm. sin. in stadio hepatisationis griseae nec non part. infer. lobi super. sin. in stadio hep. rubrae. Tumor acutus lienis. Degeneratio adiposa musculi cordis ac hepatis.*

Przyczyna śmierci leżała więc w uwiężnięciu przepukliny. Tkaniny te uciśnięte, napojone cieczą przepuklinową, były punktem wyjścia (wskutek nakłucia przy operacyi *v. spermaticae ester?)* sprawy zapalnéj w żyle i tkance pod-otrzewnowéj. A jeżeli prz ciw metodzie saméj jaki, to ten jedynie dałby się podnieść w tym razie zarzut, że zupełnie ściśle zamykając kanał już z góry jest niejako obliczona na rychłozrost, a więc w razach uwiężnięcia tylko w częściach zdrowych i po bardzo ścisłem oczyszczeniu z cieczy przepuklinowéj, winno się jéj dokonywać. W razach, gdzie tych warunków by nie było, to dałoby się ją zastosować dopiero po zgojeniu się prostéj hermotomii następowo.

10) T. S., lat 53, rządca. W czasie służby obozowéj w roku 1863 spostrzegl przepuklinę, która obecnie dochodzi wielkości dwoch pięści i od roku paskiem zatrzymać się nie daje. Po wykonaniu operacyi typowo sposobem Bassiniego w 7 dni puszczono szwy, a dnia 11 chory wyszedl z raną przez rychłozrost wygojoną.

Wyniki więc téj metody są świetne, ale bo też w sposobie wykonania operacyi uzasadnione. Autor sam na 262 przypadków miał tylko 7 przypadków recydywy, a gojenie większą częścią następowało przez rychłozrost tak, że w większéj ilości przypadków chorzy jego opuszczali szpital między 9 a 15 dniem wyleczeni, w kilkunastu tylko przypadkach przeciągało się leczenie do trzech a w kilku do czterech tygodni. My mieliśmy na 10 przypadków 8 razy rychłozrost, jeden raz, gdzie musiano z powodu ogromnych rozmiarów przepukliny drenować, chory wyszedł w 5 tygodniu, a jeden przypadek śmierci do zmian następowych przez uwięzgnięcie wywołanych odnieść należy. A więc i w trwaniu leczenia korzyść téj metody jest widoczna, bo uwalnia chorego od długiego leżenia po zagojeniu, a to przysparza mu szybciéj niż inne sposoby, gdyż n. p. według statystyki z kliniki Billrotha, gdzie operują sposobem Czernyego wyleczenie przy *prima intentio* następowało średnio w 25 a przy *secunda intentio* w 48 dni. Jedna jeszcze uwaga nasuwa się mimowoli przyglądającemu się statystyce Bassiniego a znając stosunki nasze, t. j. bardzo mała ilość przepuklin uwięzgniętych w stosunku do tak wysokiéj liczby operacyj wolnych przepuklin. Miał bowiem Bassini na 262 przypadków przepuklin pachwinowych tylko 11 uwięzgniętych, podczas gdy u nas ten stosunek idzie prawie pół na pół. Widocznie więc synowie klasycznéj ziemi mają albo wysoko wyrobione poczucie piękna obok wielkiego zaufania do swych chirurgów i chętnie poddają się operacyi, aby pozbyć się kalectwa, choć przepuklina jest wolną, albo też może uwięzgnięcia wskutek innych warunków życia są tam wogóle rzadszemi niż u nas. Teoretycznie rozpatrując tę metodę widzimy, iż ona w zupełności warunkom zabiegu doszczętnego odpowiada — usuwa przepuklinę i worek, a ścianę brzuszną buduje zupełnie na wzór kanału pachwinowego w stanie fizyjologicznym. Mechanizm, jaki sobie przyroda w zdrowym osobniku stworzyła jest tu niejako w zupełności podpatrzonym. Wytwarza się bowiem dwie silne ściany na długiéj przestrzeni warstwowo na siebie zachodzące, tem silniéj do siebie przylegające im większy nacisk od jamy brzusznéj i to nie przez proste przybliżenie tworów ścięgnistych zbudowane, ale utworzone przez zeszycie rozciętych części, która to okoliczność niejako w innych razach stosowanemu a tak skutecznemu okrwawianiu bliznowatych brzegów się równa. Drugą jednakże zasadniczą zaletą jest bezsprzecznie zapewnienie tym ścianom żywotności i znaczenia fizyjologicznego. Przebiega bowiem między niemi sznur nasienny z pękiem naczyń, w których przepływająca krew żywotność tym tkankom nadaje i takową trwale utrzymuje. Wszystko powyższe odnosi się do przepuklin pachwinowych skośnych (czyli zewnętrznych); inaczéj nieco przedstawiają się warunki przy przepuklinach wewnętrznych (*hernia*

directa), do których autor swą metodę też zastosowuje. Tu z powodu lokalizacyi, jak już nadmieniłem w historyi l. 8 zamknięcie bramy dwupiętrowe jest trudne; blaszki bowiem pojedynczych powięzi zlewają się tu szczególnie w płacie dolnym razem tak, że właściwie przy tych przepuklinach zamknięcie bramy polega na przybliżeniu jéj brzegów czyli jest zupełnie podobnem do zespajania sposobem Czernego. Autor metody wzmacnia je przez ujęcie w szew zewnętrznego brzegu mięśnia prostego. Nadmienić tu trzeba, że ujmując przy tych szwach nieco głębiéj możnaby łatwo zranić naczynia główne, a przedewszystkiem żyłę udową. Rzecz prosta, że reszta operacyi wykonywa się na pozostałym ku górze zdrowym kanale jedynie dla wzmocnienia blaszki wewnętrznéj i uchronienia od powstania przepukliny skośnéj (*hernia externa)*. Powyższe dopiero co przytoczone uwagi zdawałyby się przemawiać, że metoda Bassiniego dla (rzadko zresztą spotykanych) przepuklin pachwinowych wewnętrznych nie jest ściśle obmyślanym i pewnym sposobem. Istotnéj jednak, bo na faktach opartéj odpowiedzi poszukajmy w pracy samego autora. We wszystkich 262 przypadkach miał on tylko 7 razy recydywy, a z pomiędzy wyleczeń 108 jako takie od $4^1/_2$ lat do przeszło roku po operacyi uznanych. Przeglądnąwszy jednak historyje chorób widzimy, że między przepuklinami Hesselbachowskiemi (*hernia directa*) figurują aż dwie recydywy (co się równa 11%, gdyż wogóle operował autor 19 tego rodzaju przepuklin) a resztę 17 przypadków, gdzie nawroty nie wystąpiły obserwowano przez czas krótki to jest 8 do 3 miesięcy, co nie daje rękojmi, że nawroty po dłuższym czasie jak w pierwszych dwóch przypadkach (w 18 i 8 miesięcy) nie nastąpią. Do tych przepuklin też odnosi się jeden przypadek śmierci. Podczas gdy rozłożywszy pozostałych 5 przypadków recydywy na przepukliny skośne (243) otrzymamy zaledwie 2% recydyw, a śmiertelność = O.

Wobec tych wyników autora i wyżéj wyłuszczonych stosunków anatomicznych i naszego doświadczenia przy operacyi, uważałbym za wskazane połączenie przy *hernia directa* sposobu Bassiniego z metodą Mac-Ewena to jest robienia w tych razach z worka tamponu, coby i przy przepuklinach dużych, gdzie pierścień przepuklinowy jest bardzo obszerny i gdzie znaczna warstwa potrójna z trudnością da się przybliżyć do tylnéj krawędzi więzu Pouparta, było dla wzmocnienia tylnéj ściany pożądanem.

Podczas gdy dla przepuklin udowych metoda Mac-Ewena w całości swą doniosłą wartość zatrzymuje, to dla pachwinowych skośnych szczególniéj wolnych metodę opisaną za klasyczną uznać się musi, a jedynie przy uwięzgnięciu, gdzie już przyszło do zmian w tkaninach, należy powyżéj poczynione zastrzeżenia zachować. Z przytoczonych wywodów widać, że Bassini na cierpienie mechaniczne, jakiem jest przepuklina znalazł skuteczną drogę leczniczą w zastosowaniu zasad mechaniki; a jak wydoskonalenie téj nauki z jednéj strony wiedzie do wytwarzania coraz to idealniéj pomyślanych narzędzi kaleczących i zabijających człowieka, tak z drugiéj strony łagodzi mu jego kalectwo, dozwalając chodzić bez nogi, mówić bez krtani, odrzucać pasek przy przeklinie i to jest jéj piękne zadanie. Nie zdoła ono jednak jak się zdaje tak zaważyć na szali wobec *extremu* ujemnego, aby dzieje kiedyś mogły nazwać prawdziwie cywilizacyjnym nasz *finde siècle*.

W końcu niech wolno mi będzie złożyć WPanu Profesorowi Obalińskiemu wyrazy szczerego podziękowania nie tylko za łaskawe udzielenie mi materyjału i wskazanie źródeł, ale za zachętę do podjęcia i światłe, życzliwe kierownictwo w przeprowadzeniu niniejszéj rozprawki.

Już po oddaniu do druku powyższéj rozprawki, wykonano jeszcze trzy razy operacyję radykalną przepukliny, a że przypadki te niejako illustrują poczynione niektóre uwagi więc w krótkości pozwolę sobie je powtórzyć.

11) Jan Madej, student, lat 13. Chory od kilkunastu godzin doznaje gwałtownych bolów w okolicy talerza biodrowego prawego. Stolca i wiatrów od tego czasu nie było, a w ostatnich godzinach wystąpiły wymioty i zapad dość znaczny. Badanie wykazuje po stronie prawéj przepuklinę pachwinową wielkości pięści dziecka, miernie napiętą, bolesną. W dolnéj części guza wyczuwać się daje ciało obłe, wielkości śliwki, które chory przy dotyku uznaje za jądro. W mosznie znajduje się tylko jedno jądro po stronie lewéj. Rozpoznając: *Hernia inguin. dextra congen. incarcerat. in ind. c. kryptorchismo dextro* wykonano dnia 8/11 (Dr. Podgórski) w narkozie chloroformowéj herniotomiję sposobem Bassiniego. Po otwarciu worka przepuklinowego, uwolniono jelito uciśnięte, odłuszczono sznurek nasienny od worka, który wysoko podwiązany cofnął się do jamy brzusznéj. Jądro (zresztą zdrowe) mimo usiłowań nie dało się ściągnąć do dna moszna, ale go też nie wyłuszczono z obawy przed jeszcze większym zapadem chorego, który wśród narkozy parę razy popadał w asfiksyję. Ranę całkowicie zaszyto, spodziewając się rychłozrostu, gdyż jelito było tylko miernie uciśnięte, a otaczające tkaniny zdrowo wyglądały. Chory po paru godzinach oddał kał drogą naturalną. Trzeciego dnia wystąpiło podwyższenie ciepłoty (38·9) i ból w ranie Przy badaniu znaleziono zaczerwienienie koło 2 górnych szwów, a gdy te puszczono wylało się z głębi kilka kropli cieczy ropiastéj. Przestrzykano ranę sublimatem, a przy zmianie codziennéj opatrunku, reszta rany zgoiła się *per primam*, tak że chory po dwóch tygodniach szpital opuścił, zgłaszając się tylko ambulatoryjnie do przytuszowania powierzchownéj ziarniny w górnym kącie rany. Jądro prawe leży u szczytu moszny przy kości łonowéj.

12) J. Pecherek, l. 50, rolnik. U chorego rozpoznając: *Hernia inguinalis obliqua et directa dxtr. libera* wykonano 11/11 (Dr. Podgórski) operacyją sposobem Bassiniego. Przekonano się jednak po otwarciu kanału pachwinowego, że to co uważano za przepuklinę skośną, była tylko część przepukliny prostéj znajdująca się na zewnątrz od *vasa epigastrica.* Naczynia te więc podwiązano dwukrotnie i przecięto a worek w odcinku zewnętrznym zamknięto szwem Zweiffla-Obalińskiego zaś w wewnętrznym jak kapciuch podwiązano i zwinąwszy w tampon wszyto poza bramę przepuklinową, któréj brzegi zeszły się dokładnie. Sznurek nasienny przebiegał w części zewnętrznéj kanału pachwinowego prawidłowo i tylko w wewnętrznéj połowie stykał się nieco od przodu i dołu z workiem przepuklinowym, dlatego tylko w téj ostatniéj z łatwością go oddzielono i jak zwykle przy metodzie Bassiniego pomiędzy pojedynczemi warstwami zeszytych mięśni umieszczono. Chory ani razu nie gorączkował, a ranę 7 dnia jako *per primam* zgojoną przykollodionowano.

13) Pan W. W., leśniczy, operowany w domu zdrowia Dra Lustgartena z powodu *hernia ing. epipl. sin. accreta.* Zgojenie *per primam* w 10 dniach.

Tak więc przypadek 11 stwierdza przestrogę, że wobec przepuklin uwięzgniętych zaniedbanych na razie od téj metody się powstrzymać, a w przypadkach świeżych przynajmniéj powierzchownie sączek wprowadzić należy, aby licząc na *prima intentio* i zaszywając w zupełności nie narażać chorego ma niebezpieczeństwo ropienia w głębi.

Przypadek zaś 12 ogranicza twierdzenie powyżéj wypowiedziane, jakoby metoda Bassiniego była mniéj odpowiednią dla przepuklin pachwin. prostych, tylko do przypadków znacznego stopnia, bo przepukliny proste o bramie niezbyt

obszernéj zupełnie dobrze dają się za pomocą niéj usunąć. W razach rozmiarów większych radzę wytworzyć tampon z części worka, celem wzmocnienia wewnętrznego kąta rany co szybkiemu gojeniu nie stoi na przszkodzie, jak to widzieliśmy w naszym 12 przypadku.

III. Z oddziału położniczo-ginekologicznego prof. Dra Madurowicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Przyczynek do kwestyi rozstępowania się połączeń stawowych kości miednicowych podczas porodu.

Podał
Dr. Władysław Harajewicz,
sekundaryjusz tego oddziału.

(Dok. Patrz Nr. 50).

Nie wchodząc tutaj w zmiany chorobowe kości i połączeń tychże, które same przez się prowadzić mogą do zniesienia ciągłości lub zmniejszenia odporności pierścienia miednicowego, jak osteomalacyja, gruźlica, ropnie przerzutowe, i t. d., zwrócę się tylko do faktu fizyjologicznego, jaki wśród ciąży i porodu ma miejsce. Faktem tym jest naturalne zwiotczenie, a raczéj przez silniejszy napływ soków odżywczych, rozluźnienie połączeń stawowych miednicy. Fakt ten znany już oddawna i bardzo dokładnie opisywany przez starszych nawet już autorów jak Levret, Mohrenheim, Kilian itd., itd., fakt który zawsze ma miejsce, bo mieć je musi w czasie tym, w którym dla odżywienia jaja płodowego i utrzymania w ciągłem wzrastaniu i rozwoju potrzeba lokalnego zwiększonego dowozu żywności. Wówczas naturalnie i stawy są w grę wciągnięte. Gdy to nadmierne odżywienie ustaje równocześnie z wydaleniem płodu z organizmu, wracają one do prawidłowych stosunków i organa miejscowe i ich części do stanu, w jakim przed tym okresem się znajdowały.

Jeżeli jednak stan ten pod wpływem nieprawidłowych czynników nie wróci do normy, jeżeli daléj w tym stopniu trwać będzie, to następstwa jasno się przedstawiają. Jakież zaś mogą być czynniki oprócz tych, które wyżéj przytoczyłem, a któreby przeszkadzały lub uniemożliwiały inwolucyję, że się tak wyrażę, połączeń stawowych miednicy? Na to odpowiedź łatwą nie jest, ale wreszcie takową wytłomaczyć sobie można. A w a t e r znalazł raz zmiany degeneracyjne natury łączno-tkankowéj w chrząstkach stawowych. E. M a r t i n uważa to zboczenie jako bezpośrednio od zapalenia zawisłe, a F e n o m e n o w wyszukał objawy chronicznego zapalenia chrząstek, które w przypadku miednicy kyfotycznéj odnosi do drażnienia, wywołanego przez zmienne ustawienie kości krzyżowéj podczas ruchów całego ciała. Jeżeli tedy przez ciążę i poród podobne rozluźnienie, wywołane pod wpływem chorób konstytucyjonalnych lub błędów hygijenicznych w czasie połogu nie ustąpi, ale w nadmiernym stopniu trwa daléj, to tem samem miejsce takie stanowi *locus minoris resistentiae* wśród późniejszych porodów i stać się może przyczyną pęknięcia nawet bez użycia znaczniejszéj siły. Niestety w odnośnéj literaturze z niewielu tylko przypadkami spotkałem się, w których dokładnie uwzględniona była ilość porodów poprzednich i ich przebieg. Dla tego bez wielu dowodów na pewno zdania mego głosić nie mogę, zdaje mi się wszakże, że tego rodzaju tłomaczenie w wielu przypadkach miejsce mieć może, tem bardziéj, że i pierwszy mój przypadek do téj kategoryi zaliczyć wypada. Oprócz tego podają D ü h r s s e n, F r a i s s e i E i s e n h a r d t przypadki, pod względem wywiadów w tym kierunku dokładnie opisane, a w których operacyje ręczne a nie za pomocą narzędzi wykonane, zbyt wielkich trudności nie spotykały. We wszystkich jednak poprzednie porody albo były ciężkie, operacyje ukończone, albo też jak u Fraissa podczas naturalnego porodu nastąpiło rozluźnienie stawów, a wśród następnego pęknięcie. Z tego okazuje się, że nie potrzeba ani siły zbytniéj do użycia kleszczy, ani nawet porodu donoszonego zupełnie płodu (Eisenhardt, Murat, Greuser, Hayn), aby mogło być wywołanem to zboczenie w stawach miednicowych, które z powodu nadmiernego bujania komórek chrzęstnych (Fenomenow, Dührssen) stanowią skłonność do następowego rozejścia się tych stawów. Jeszcze więcéj za tem przemawia przypadek Galvagnego, w którym pęknięcie stawu spojenia łonowego wywołanem zostało przez nieuważny gwałtowny ruch, już w połogu.

Ze względu na bezpośrednią przyczynę powstawania téj komplikacyi, ciekawą rzeczą jest zestawienie wszystkich przypadków, w których podanym jest wiek i ciąża rodzącéj, jakoteż i przedsiębrane operacyje; przypadków, w których rozstęp wywołanym został przez przyrzut, lub przez bezpośrednie przejście zakażenia z organów rodnych — tutaj nie wliczam. W przeważnéj liczbie przypadków napotykamy ścieśnienie miednicy, czy to w kształcie płaskiéj, ale nie rachitycznéj lub ogólnie zwężowéj i kleszcze.

W niewielu tylko przypadkach przyszło do pęknięcia bez zastósowania pomocy ręcznéj lub instrumentalnéj.

Zestawienie to przedstawia się jak następuje:

K l e s z c z e: 1) 22 lat, pęknięcie spoj. łon. i krzyżow. biodr. praw. B i l l e, *Berl. kl. Wochenschrift*, 1874; †

2) ścieśnienie mied., pęknięcie wszystkich połączeń. R i t g e n, *Siebolds Journal*, T. VI; †

3) ścieś. miedn. pękn. spoj. krzyż. biodr. lew. U l s a m e r, *Neue Zeitschr. f. Geburtskun.* †

4) ścieśnienie miedn., pęknięcie spoj. łon. U l s a m e r, tamże; †

5) 35 lat, pierwszy poród, ścieś. miedn. spoj. łon. H o f f m a n n, tamże, T. 20 †

6) 26 lat. Drugi poród, ścieśnienie mied., pęknięcie spojenia krzyż. biodr. praw. A h l f e l d, *Schmidts Jahrb.*, T. 169; †

7) osteomalacyja, pęknięcie spoj. łon. U l s a m e r, tamże; †

8) pęknięcie spoj. łonow. i krzyż. biodr. praw. D u c h a i n e, *Virch. Hirsch. Jahresber.*, 1870, T. II.; †

9) ścieś. mied., pęk. spoj. łon. i przedniéj ściany pochwy, G m e l i n, tamże, w y z d r o w i a ł a;

10) ścieś. mied., pęk. spoj. łon. i krzyż. biodr. praw. O d i e r, *Cannstatts Jahresber.*, 1864, w y z d r o w i a ł a;

11) 26 lat, pierw. poród, ścieś. mied., pęknięcie spojenia łonowego. H o w i t z, *Centrlbl. f. Gyn.*, 1880, Nr. 23, w y z d r o w i a ł a;

12) pęknięcie spoj. łonowego. M a r t i n, tamże, Nr. 49, w y z d r o w i a ł a;

13) 23 lat, pierwszy poród, ścieśnienie miednicy, pęk. spoj. łonowego. G m e l i n, *Inaugural Dissert.*, Tübing, 1854, z d r o w a:

14) 24 lat, pierwszy poród, pęknięcie wszystkich spojeń. G u l i ń s k i, *Gazeta Lek.*, 1888, z d r o w a;

15) 38 lat, pierwszy poród, ścieśnienie miednicy, pęk. spojenia łonowego. W a h l, *Bayr. ärztl. Integlbl.*, 1877, z d r o w a;

16) 42 lat, pierwszy poród, małe ścieśn. miedn., pęk. spojenia łonowego. A d a m s, *Med and ch. Journ.*, Boston, 1878, z d r o w a;

I n n e o p e r a c y j e: 17) ścieś. miedn., poród przedwczesny 7 m., *Extractio man.*, pęk. spoj. łonow. M u r a t, *Dictionnaire des scienees méd.*, T. 51;

18) ścieś. miedn., ekstrakcyja trudna za pośladki, pęk. spoj. łon. H o f f m a n n, *Monatsch. f. Geburtskunde*, T. IV.; †

19) pęknięcie spoj. łon. podczas ręcznego wydobycia płodu. G i r a u d, *Dictionn. des scienc. med.*, Tom 54, w y z d r o w i a ł a;

20) 39 lat, 9 poród., wszystkie poprzednie ciężkie. Ręczne wydobycie dużych barków, pęknięcie spojenia łonowego. D ü h r s s e n, *Arch. f. Gyn.*, Tom 35, z d r o w a;

21) 32 lat, pierwiastka, ścieś. miednicy, po nieudanych kleszczach *perfor.* i *extr.*, pęknięcie spojenia łon. S c h a u t a, *Allg. Wiener med. Zeit*, 1882, z d r o w a.

22) ścieś. miedn., *perfor.* i *extr. kephalotriptor*, pęknięcie spojenia łonow. K ö s t l i n, *Inaugur. Diss.*, Tübing, 1880;

23) 29 lat, pierwiastka, ścieś. miedn. po nieudanych kleszczach, *perfor.*, *extr.* pękn. spoj. łon. i krzyż. biodr. lew. Ulsamer, *Neue Zeitsch. f. Geburstk.*, T. 17, zdrowa.

Ogłoszonych dotychczas w literaturze podobnych przypadków znalazłem 35, których zestawienie potwierdza tylko już dawniéj ugruntowane zdanie, że operacyje kleszczowe najczęściéj się przyczyniają do wywołania rozstępu. Uwagi jednak godną jest rzeczą ta okoliczność, że zboczenie to, czy wywołanem zostało przez operacyję położniczą, czy też powstało wśród naturalnego porodu często przytrafiało się u kobiet już nieco starszych, t. j. od 26 do 42 lat życia. W liczbie zaś téj 8 pierwiastek: 6 operowanych, a 2 bez operacyi rozwiązane. Okoliczność ta mogłaby wzbudzić wątpliwość co do genezy powstania pęknięcia z uwagi, że tego rodzaju stawy, jak między kośćmi miednicowemi z wiekiem stają się coraz mniéj podatnemu. Brak jednak i tutaj wywiadów w kierunku poprzednich chorób nie pozwala na stanowcze rozstrzygnięcie kwestyi.

Co się tyczy powiększenia objętości pierścienia kostnego miednicy przez rozstęp stawów, to tutaj różne są zdania. W każdym razie autorowie tacy jak Ahlfeld i Baudelocque stwierdzili doświadczeniem, że *Conjugata vera*, po zniesieniu połączenia w spojeniu łonowem, powiększa się zaledwie o $^1/_2$ cm. Uważając tę liczbę za niedostateczną do zwiększenia wymiaru prostego o tyle, aby dalszy poród mógł się odbyć swobodnie, twierdzi Ahlfeld, że wymiar ten wówczas dlatego znacznie się powiększa, iż równocześnie z pęknięciem w kilku miejscach następuje nachylenie się miednicy przez część obrotu téjże około osi poprzecznéj przez środek kości krzyżowéj przeprowadzonéj. Do tego jednak potrzeba niezbędnie i pęknięcia w stawie krzyżowo-biodrowym, aby obie płaszczyzny mogły zmienić ustawienie względem siebie. Stwierdził to również dokładnie i prof. Aeby w Bernie (*Mechanism. der symph. sacro iliaca*, *Arch. fur Anat. und Physiol.* von Hiss u. Braune) w pracy swéj o ruchach tego stawu. Gdy jednak nie ma żadnego pęknięcia w tych stawach. to przypuścić należy, że w jednem tylko miejscu powstałe odnosi się do chorób dawniejszych lub jeszcze istniejących i gdy niestosunek porodowy jasno się przedstawia, ukończenie porodu odbywa się kosztem i miednicy matki i czaszki płodu, jako części najwięcéj stanowiącéj trudności w przejściu przez ścieśniony kanał kostny.

Zwracając się teraz do rokowania, to stanowczo twierdzić mogę, iż zawisłem ono jest od wczesnego rozpoznania i w danym przypadku przedsiębranego leczenia. Jak już wyżéj, tak i tutaj nie biorę w rachubę przypadków na tle gruźliczem lub ogólnéj infekcyi, ale mam na myśli schorzenia w początku czysto miejscowe, nie mające żadnego charakteru specyficznego.

I tu jednak zakażenie może się rozwinąć przez dostanie się prątków, licznie w odchodach położnic zawartych. Ogólnie jednak biorąc, rokowanie nie przedstawia się niepomyślnie, gdy sprawa przez czas dłuższy miejscowo się tylko rozwija. Jednak pozostawienie jéj własnemu przebiegowi, lub pomoc niedostateczna, łatwo może wywołać uogólnienie zakażenia, które za sobą smutne następstwa pociąga. Leczenie zależne od okresu choroby będzie naturalnie różnem. Winckel i Ahlfeld zalecają zakładanie pasa i spokój absolutny, Dührssen zaś radzi przystąpienie do operacyjnego oczyszczenia ropnia, gdy tylko ma pewną podstawę do rozpoznania takowego. Zachodzą tutaj jednak drobniejsze okoliczności, które mają wielkie znaczenie. Gdy wśród porodu zostało pęknięcie skonstatowanem, pierwszą będzie rzeczą poddać dokładnemu zbadaniu pochwę, jakie mianowicie w ścianach téjże pozostały nadwerężenia i gdzie one są usadowione. Często bowiem się zdarza, że z pęknięciem spojenia łonowego kombinuje się i pęknięcie przedniéj ściany pochwy, przyczem nieraz bezpośrednia komunikacyja pozostaje. Jeżeli tedy badanie wykaże ranę, choćby nawet niezbyt w głąb drążącą, pierwszem zadaniem będzie zamknięcie takowéj, po dokładnem wymyciu pochwy płynem antiseptycznym. Zaszycie to z tego względu uważam za konieczne, aby od ran odciąć wszelką możebność bezpośredniego dostawania się pierwiastków infekcyjnych do jamy w głębi tkanin przez pęknięcie stawu powstałéj. Zamknięcie takie szczelne jest edynym środkiem od zakażenia chroniącym, bo samo pęknięcie stawu, jakto Dührssen przez doświadczenie na królikach stwierdził, nie grozi jeszcze niebezpieczeństwem, gdy staw uszkodzony od dojścia organizmów infekcyjnych był zupełnie ochronionym. Jeżeli znaczniejszego nadwerężenia ścian pochwy niema, to i tak dokładne oczyszczenie téjże codziennie, t. j. przestrzykiwanie rozcz. 3% kwasu karb. lub 1‰ sublimatu i zakładanie gazy jodoformowéj działającéj jako sączek jest niezbędną potrzebą.

W pierwszych dniach po pęknięciu stawu terapija pod postacią spokojnego leżenia i okładów lodowych na uszkodzoną okolicę jest środkiem nieodzownie potrzebną. Raz, aby krwawienie powstrzymać, lub od niego się uchronić, powtóre, aby zapobiedz łatwo rozwinąć się mogącemu silniejszemu zapaleniu i następowéj znacznéj wypocinie.

Gdy jednak środki te okażą się bezsilnemi i sprawa chorobowa początkowo miejscowo czysto zapalna, przybierze charakter zakaźnéj, to jest, gdy chora gorączkuje z typem ropienia odpowiednim, gdy tętno staje się miękkiem i pełnem, występują dreszcze i brak apetytu, w takim razie ociąganie się z otwarciem ogniska zakażonego nie jest na miejscu. Mógłby mnie ktoś na tem miejscu zarzut zrobić, że w razie takim zaszywanie rany w pochwie (jeżeli takowa pozostała) jest nieodpowiednim zabiegiem, że przez nią bez operacyi, jako naturalnym otworem, mogłaby ropa z ogniska zapalnego koło stawu swobodnie odpływać.

Gdy jednak z samego początku wiedzieć nie można, czy nastąpiło już zakażenie od pochwy, czy przypuszczenie, że rana jest czystą wśród traktowania porodu antiaseptycznie nie jest błędnem, to z drugiéj strony, chociażby zakażenie nastąpiło, to przez pozostawienie otworu w pochwie pożytku wielkiego mieć nie będziemy. Boć lepiéj i łatwiéj i wygodniéj jest opatrywać chorą przez ranę położoną na zewnątrz, dokładnie i łatwo kontrolowaną, aniżeli przez otwór w pochwie, coby pociągało za sobą ciągłe nużenie choréj zmianą położenia i niedawało zupełnéj pewności w opatrunku.

Radykalne operacyjne leczenie tego zboczenia tak dalece niezbędną rzeczą mi się wydaje, że ani okolica, w któréj ropienie się rozpoczęło, ani metoda operacyjna w danym przypadku od wykonania odstraszać nie powinna. Wspominam zaś z tego względu o metodach, że odpowiednio do umiejscowienia ropnia należy i drogę do niego wynaleść. Najwięcéj zaś trudności stanowi w tym względzie okolica stawów krzyżowo-biodrowych. Dotychczas ograniczano się do wyczekiwania, aż się opadowy ropień utworzy, aby go dopiero w dogodniejszem miejscu operować. Strata jednak sił choréj przez to wyczekiwanie może być niepowetowaną. Dla tego sądzę, że, chociaż z trudnością, należy w razach

takich dobrać się do ogniska ropnego przez cięcie z tyłu wykonane i czy przytem oszczędzać się będzie kości, czy też obrawszy zabieg Kraskego lub Zuckerkandla, kość ogonową się nadweręży, to zawsze mniejsze niebezpieczeństwo za sobą pociąga i prędzéj i łatwiéj do pomyślnego rezultatu doprowadzić jest w stanie.

IV. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Z pracowni Kocha. Behring: **O odporności zwierząt wobec jadu błonicy.**

Jako dalszy ciąg pracy swéj wykonanéj wspólnie z Drem Kitasato („Przegl. Lek.“, Nr. 50) ogłasza B. swoje doświadczenia. Zwierzęta, które przedtem skłonne były do zakażenia się jadem błonicowym, można uczynić odpornemi wobec tego jadu w rozmaity sposób. Jednym z takich sposobów jest szczepienie hodowli, których siłę osłabiono przez sterylizowanie; drugi sposób polega na osłabieniu siły jadu działaniem trójchlorku jodu w rozczynie 1:500. Innym środkiem zmniejszającym siłę infekcyjną bakteryj są produkta wymiany materyi przez nie wytwarzane. Metodą, któréj nikt jeszcze dokładnie nie stosował, a która polega także na działaniu produktów wymiany materyi prątków blonicy, posługiwał się B., a mianowicie szczepił zwierzętom błonicę i starał się za pomocą środków leczniczych przeszkodzić działaniu zabójczemu jadu. Metoda ta przypomina powstawanie odporności u ludzi po przebyciu choroby infekcyjnéj. Jako środka służącego do wyleczenia zwierząt dotkniętych gruźlicą używał autor trójchlorku jodu, który wstrzykiwano bezpośrednio po zaszczepieniu jadu dyfterycznego i przez 3 dni następne raz dziennie po dawce 0·02 do 0·04. Swinki morskie, które przy takiem postępowaniu pozostały przy życiu, dłuższy czas chorują, a wyleczenie rozpoczyna się od zapalenia demarkacyjnego w miejscu zaszczepienia jadu, po pewnym czasie wytwarza się strup, pod którym nawet po 3 tygodniach znaleść można życie i siłę zakaźną posiadające prątki błonicowe. Zwierzęta takie, szczególnie po upływie pewnego czasu, okazują się odporne dla takiéj dawki jadu dyfterycznego, która zabija normalne zwierzęta w ciągu 36 godzin. Króliki jeszcze łatwiéj uczynić odpornemi.

Ostrożnie wykonane próby na ludziach nie doprowadziły jeszcze autora do dodatnich wyników. B. sądzi, że czynnikiem sprowadzającym odporność są tu niewątpliwie produkty wymiany materyi, gdyż podawanie zwierzętom trójchlorku jodu p r z e d zakażeniem nie czyni ich odpornemi.

Wreszcie można świnki morskie, a szczególnie króliki, uczynić nieprzystępnemi dla jadu dyfteryi za pomocą środka, który z produktami prątków nie ma nic wspólnego, a środkiem tym jest d w u t l e n e k d w u w o d u. Zwierzęta, którym po zaszczepieniu podawano H_2O_2, ulegały szybciéj błonicy, niż normalne, a gdy do hodowli środka tego dodano, zakażność ich się zwiększała. Natomiast jeżeli zwierzętom podawano p r z e d zaszczepieniem dyfteryi dwutlenek dwuwodu, to okazały się one dla jadu tego nieprzystępne.

Przy téj sposobności odsłania B. tajemnicę, że w badaniu odporności wobec tężca używał Kitasato także istoty chemicznéj, t. j. trójchlorku jodu.

W jakikolwiek z powyższych sposobów zwierzę uczyniono nieprzystępnem dla prątków błonicy, jest ono także odpornem wobec wszystkich istot, które prątki te wytwarzają. Na czem odporność polega, rozstrzygnąć trudno; B. przypisuje jéj pojawienie się pewnym własnościom surowicy krwi pod wpływem powyższych środków się znajdującéj. W doświadczeniach swych i Dra K. nad tężcem zdołali zwierzęta, które po zaszczepieniu znajdowały się już w bardzo opłakanym stanie, na kilka godzin przed spodziewaną śmiercią, przez zastrzyknięcie krwi zwierząt odpornych uratować. B. sądzi przeto, że m o ż l i w o ś ć wyleczenia ostrych chorób zakaźnych nie jest wykluczoną. (*Deutsche med. Woch.*, Nr. 50). *Dr. Beck.*

Choroby kobiece.

Hofmokl: **Obrażenie części rodnych przez spółkowanie.**

Autor przed opisaniem przez siebie obserwowanych przypadków opisuje 2 znane mu tylko z historyj chorób przypadki. Jeden dotyczył 58-letniéj niewiasty, która po spółkowaniu *a posteriori* z młodym tęgim mężczyzną dostała silnego krwotoku; przyczyną takowego była 2 cntm. długa rana darta w tylnem sklepieniu. Drugi dotyczył 25 letniéj dziewczyny, u któréj po gwałtownem spółkowaniu znaleziono w tylnem sklepieniu rozdarcie błony śluzowéj aż do otrzewny sięgające. Z przypadków przez H. obserwowanych jeden dotyczył 17-letniéj dziewczyny, u któréj po forsownym *coitus* wystąpił silny krwotok. Badanie pochwy wykazało jako przyczynę krwotoku romboidowy 4 cntm. długi, 3 cntm. szeroki ubytek w błonie śluzowéj pochwy. Spółkowanie odbywało się na łóżku poprzecznem z ułożeniem nóg spółkującéj na ramionach spółkującego. Drugi przypadek dotyczy 18-letniéj służącéj, którą zgwacił chlebodawca w ten sposób, że uchwyciwszy ją od tyłu za ręce, usiłował spółkować *a posteriori*. Pacyjentka podaje, że czuła dokładnie silne a bardzo bolesne uderzenia naprężonego prącia. Z powodu obrzęku i krwotoku ze sromu zgłosiła się do szpitala, gdzie znaleziono wargę większą lewą na przestrzeni 3½ cntm. długiéj oderwaną od pochwy i cewki moczowéj. Badanie skombinowane wykazało brak macicy i jajników. We wszystkich przypadkach rany goiły się w krótkim czasie bez żadnych powikłań. (Z odbitki z *Internationale klinische Rundschau*, Nr. 39, 1890). *Dr. St. Czapliński.*

V. Z międzynarodowego lekarskiego zjazdu w Berlinie.

(Dok. Patrz Nr. 49.)

Wspominam tylko o okazach wystawionych przez prof. Bergmanna, t. j. o przekrojach przez ciała ludzkie zamarznięte, które wyjaśniają położenie pęcherza i odbytnicy po ich wypełnieniu i że wówczas odstęp pomiędzy otrzewną a spojeniem kości łonowych jest największy, jeżeli oba narządy powyższe są silnie napełnione. Zajmującym jest jego zbiór czaszek z ranami postrzałowemi, tudzież zbiór kul, wydobytych w roku 1877 podczas wojny rosyjsko-tureckiéj; niemniéj jest interesującym zbiór kamieni żółciowych i moczowych wystawiony przez b. profesora Fischera z Wrocławia, zbiór postrzałów Dra Regera i rozprawy jego o ranach zadanych przez najnowsze karabiny, preparaty Dra Küstera n. p. prepa at udowodniający, że krążek kostny wydobyty podczas trepanacyi i włożony napowrót, zupełnie się przygoił itd. Z wystawców-fabrykantów narzędzi chirurgicznych odznaczają się dobrocią i wytwornością wyrobów: Dannenberg w Hamburgu, Hermann Haertel w Wrocławiu, E. Jakule w Berlinie, F. Schwabe w Moskwie, znana firma Windlera w Berlinie i Walb w Heidelberdze, który wystawił bardzo praktyczne torby i kufereczki z narzędziami do akuszeryi i ginekologii oraz aseptyczne skrzyneczki z nikelinu lub białéj blachy, służące do przechowania narzędzi. Między wielu innymi jeszcze wystawcami odznaczył się R. Trzebiatowski w Szczecinie, który za umiarkowaną cenę 70 marek dostarcza bardzo praktycznych, żelaznych, a mimoto lekkich stołów operacyjnych, służących zarazem w formie krzeseł do badań ginekologicznych, oraz Dr. Standke z Bremy, który wystawił zbiór różnych narzędzi zrobionych z czystego glinu (*aluminium*), tego metalu przyszłości. Wyroby te odznaczają się lekkością, srebrnym połyskiem i trwałością nawet wobec kwasów. Wyrabia je fabrykant Huth w Bremie, a glinu dostarcza fabryka w Hemelingen. Znaczny również poczet wystawców gromadził różne przybory, służące do opatrunków, sztuczne kończyny (Hoffmann w Norymberdze).

W dziale medycyny wewnętrznéj spotykamy się głównie z różnego rodzaju przyrządami do wziewań n. p. z przyrządem Marpmanna, służącym do wziewania ciepłego powietrza, zmięszanego z alantolem (wystawca Ferd. Dehul w Halli),

z przyrządem inhalacyjnym do wziewań mentolu (wystawca Windler w Berlinie) itd. Estesiometry i kinestesiometry, stetoskopy różnéj formy, przyrządy do wieszania tabetyków takie same, jakie już widziałem w klinice Charcota w Paryżu (wyst. przez Dra Rosenbauma w Berlinie), a w końcu bardzo praktyczne albuminimetry, strzykawki Pravaza ulepszone, termometry, oznaczające już w 2 minutach ciepłotę ciała, bardzo praktyczne, a stosunkowo tanie (Wiegand, Berlin, Eichendorffstrasse 10), i szpatułki do badania jamy ustnéj ze szkła lub celuloidu, obok wielu innych drobiazgów zapełniają szafy i stoły w tymże oddziale.

W dziale położnictwa i ginekologii powszechną uwagę zwracały na siebie preparaty, przedstawiające przekroje przez zamarznięte zwłoki rodzących (prof. Saexinger w Tübindze, prof. Waldeyer w Berlinie, prof. Chiari w Pradze), nadto liczne preparaty przechowane w spirytusie, a wystawione przez Dra Martina i prof. Olshausena w Berlinie, oraz doborowe narzędzia używane w ginekologii, a wystawione przez Haertla z Wrocławia, Selewalego w Moskwie i Windlera w Berlinie. Jako nowość wymienić muszę kleszcze porodowe, kleszczyki do polipów i wziernik dwulistny, zrobione z aluminium (glinu), katetery ze szkła (Warmbrunn et Quilitz w Berlinie), przenośny przyrząd do znieczulenia bólów porodowych za pomocą wziewania kwasorodku dwuazotu i czystego tlenu w stosunku $\frac{4}{5}\left.\begin{matrix}N\\N\end{matrix}\right\}O$ do $\frac{1}{5}$ O.

Wiele nowości przedstawia również wystawa w oddziale dla chorób ocznych. I tutaj widać dążność do przeprowadzenia aseptyki przy wszelkich operacyjach. Wzierniki i perimetry ulepszone, przyrządy spektralne do badania ślepoty barw, amaurograf Wojciechowskiego z Kalisza, za pomocą którego ślepi i krótkowidze mogą pisać, model Dra Schoena wyjaśniający mechanizm akomodacyi w oku (Meder w Lipsku), oraz zbiór sztucznych oczu uporządkowany według ras ludzkich (Müller, Wiesbaden) zasługują koniecznie choćby na pobieżną wzmiankę.

I w zakresie otijatryi, laryngologii, rhinologii oraz urologii widocznym jest postęp na każdym kroku. Nowe przyrządy, służące do zbadania bystrości słuchu (Appun w Hanau), graficzne przedstawienie oddziaływania nerwu słuchowego na prąd elektryczny, piękne a liczne przekroje przez kość skroniową (Dr. Hartmann w Berlinie), wzierniki krtaniowe z użyciem oświetlenia elektrycznego, panelektroskop Leitera (Hirschmann, Berlin), termokautery do nosa i gardła i różne aseptyczne instrumenta do tracheotomii, w końcu narzędzia Nitzego, służące do oświetlenia elektrycznego pęcherza, kleszczyki z lampką elektryczną umieszczoną w zamku tychże, a służące do operacyi nowotworów w pęcherzu (Hartwig w Berlinie), różne wzierniki, służące do zbadania cewki moczowéj (endoskopy), zgłębniki i świeczki według prof. Guyona (H. Vergue, Paryż), katetery i t. d. wypełniają bogatą wystawę w działach medycyny na ostatku wymienionych.

Zanim opuścimy ten gmach wystawy, wspomnieć jeszcze muszę: o mikroskopach najnowszéj budowy przedstawionych publiczności lekarskiéj przez zaszczytnie znane firmy Zeissa w Jenie, Schiecka i Himmlera w Berlinie, Reicherta w Wiedniu, Leitza w Wetzlarze; o mikrotomach Schanzego z Lipska; o bardzo udatnych preparatach mikroskopijnych prof. Schoebla w Pradze szczególniéj z zakresu chorób ocznych, tudzież o aparatach fotograficznych, służących do celów lekarskich i zbiorach kolorowanych, a więc prawie naturalnych fotografij, zdjętych tak z różnych bakteryj i preparatów histologicznych, jak i z różnych narządów w stanie zdrowym i patologicznym.

Pod gołem niebem przed opisanym co dopiero gmachem wystawy widać z jednéj strony: wielkie machiny desinfekcyjne, wystawione przez firmę Rietschel et Henneberg w Berlinie, nadto przez firmę Luhme et Comp. (Dr. Hermann Rohrbeck), która przedstawiła również małe aparaty do sterylizacyi instrumentów lekarskich, a z drugiéj strony pociąga nas do siebie wystawa ministerstwa wojny (pruskiego i bawarskiego) oraz zarządu marynarki.

Najnowszym i najdzielniejszym środkiem desinfekcyjnym, który ma przewyższyć pod względem potęgi antiseptycznéj wszystkie inne dotąd używane, jest „Lysol“, wytworzony przez firmę Schülke et Mayr w Hamburgu. Przetwór ten jest cieczą przeźroczystą, brunatno-zabarwioną, o woni nieco przypominającéj smołę, rozpuszcza się w wodzie i nie okazuje własności żrących lub trujących. Do oczyszczenia rąk operatora i narzędzi wystarcza rozczyn 1—2%, do oczyszczania ran 0·25%.

Znana już wszystkim kreolina została wystawioną przez firmę William Pearson et Comp. w Hamburgu, a znany również ichtyjol pod różnemi formami t. j. jako wata ichtyjolowa, mydło ichtyjolowe i plaster ichtyjolowy i jako lek w kapsułkach zajął osobny mały dział na wystawie leków, przedstawiony udatnie przez towarzystwo: Cordes, Hermanni et Comp. w Hamburgu, które zajmuje się eksploatacyją ichtyjolu z materyjału surowego wydobywanego w Tyrolu. Fabryka chemiczno-farmaceutyczna J. D. Riedla w Berlinie przedstawiła tyjol, sulfonal, fenacetynę i nowy lek salipyryn, nadto *antipyrinum crystallisatum* i *pulveratum*, a wzbudziła ogólne zainteresowanie apteczką chińską, która zawierała 341 leków. H. Trommsdorf w Erfurcie przedstawił znane przetwory sozojodolowe; firma: Meister, Lucius i Brüning w Höchst nad Menem przepyszne kryształy antipyrynowe. Z zagranicznych fabrykantów wymienić muszę firmę Bourrougs, Welcome et Comp., która wystawiła apteczkę podręczną, umyślnie urządzoną dla Stanleya na czas jego ostatniéj podróży podjętéj niby celem odszukania Emina baszy. C. Stephans właściciel fabryki przetworów farmaceutycznych w Dreznie urządził wystawę tak zw. antroforów, z których szczególniéj nowe (*Prostata-Antrophore*), służą do leczenia wiewióra przewlekłego i pozwalają wprowadzić do tylnéj części cewki moczowéj różne leki, jakoto: *thallinum sulfuricum* 2—5%, *resorcinum* 3—5%, azotan srebrowy 0·5—3%, kwas garbnikowy 5% i t. d. Podobneż antrofory służą i do leczenia chorób macicy i nosa. Apteka S. Radlauera pod koroną w Berlinie wystawiła leki zupełnie nowe: *Somnal*, *essentia ferri albuminati* (przetwór żelazisty łatwo strawny i przyjemny do zażywania), *antinervinum* (*Salicylbromanilid*): proszek biały łatwo rozpuszczalny w gorącéj wodzie, alkoholu i eterze, a używany obecnie jako lek przeciw gorączce i przeciw bólom nerwowym. Nadto woda ozonowa, służąca do przemywania ran, do płukania w przypadkach błonicy itd., tudzież pigułki pepsynowe z dodatkiem nieco kwasu solnego, stanowią również specyjalny wyrób téj przedsiębiorczéj firmy.

Apteka Scheringa w Berlinie wystawiła wina lekarskie (wino Condurango, wino Coca i Cascara), oraz essencyję pepsynową. Dr. Graf et Comp. w Berlinie zalecali lanolinę boroglicerynową zamiast waseliny karbolowéj przy badaniach i operacyjach położniczych, nadto nie złą czekoladę z olejkiem rycynowym i tak zwany *Antibaktericon*, t. j. przetwór ozonowy. Denayer w Londynie przedstawił: pepton mięsny płynny, sterylizowany, nadto pepton żelezisty i inne wyciągi mięsne i jarzynowe; Ed. Loeflund et Comp. w Stuttgardzie: peptonizowane mleko dla dzieci (zawiera 33% maltozy), sterylizowane mleko alpejskie i znaczny poczet przetworów słodowych.

W pierwszéj części oddzielnéj wystawy m. Berlina przedstawione są łóżka używane w szpitalach miejskich, oraz wanny, stoliki itd.; w drugiéj plany szpitali miejskich i urządzenia sal operacyjnych, w trzeciéj urządzenia w zakładach desinfekcyjnych, w czwartéj plany zakładów dla umysłowo-chorych, w piątéj urządzenia w rzeźni centralnéj i plany wodociągów miejskich, w szóstéj wreszcie części przedstawioną jest kanalizacyja, pola do zraszania, przedstawienie w sposób graficzny stosunków zdrowotnych w Berlinie i [illegible] pawilony szpitalne.

W końcu zakłady uniwersyteckie tak z państwa niemieckiego, jak i z zagranicy pospieszyły z nadesłaniem różnych ciekawych okazów anatomicznych tak z zakresu anatomii prawidłowéj, jak i chorobowéj. Bogata i zajmująca [illegible] wystawa, urządzona przez Virchowa, jak i przez Limana z zakresu medycyny sądowéj. W tym dziale chlubnie się odznaczyli nasi rodacy: prof. Teichmann z Krakowa przez prześlicznie nastrzyknięte naczynia limfatyczne i Dr. Neuge-

bauer z Warszawy przez zbiór miednic nieprawidłowo-ukształconych, kręgosłupów skrzywionych i liczny poczet fotografij ilustrujących odnośne przypadki chorobowe.

Dr. Obtułowicz.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 22 grudnia. Otrzymaliśmy list następujący: Szanowny Panie Redaktorze! Wyczytawszy w ostatnim „Czasie“ Nr. 293 urywek z artykułu pomieszczonego w „Przeglądzie Lekarskim“ o powstającéj katedrze higijeny i bakteryjologii oraz o ustanowienie wykładów fachowych higijeny dla kandydatów stanu nauczycielskiego słowa dodatkowe: „szkoda tylko, że nie poruszono sprawy lekarzy szkolnych dla zakładów średnich itd.“, pośpieszam zwrócić Pańską uwagę, że owszem sprawę tę poruszono niedawno z miejsca, jak sądzę najodpowiedniejszego. Wskutek bowiem memoryjału w téj sprawie wniesionego przez Zarząd Towarzystwa nauczycieli szkół wyższych do Sejmu, który to memoryjał Sejm przydzielił swojéj komisyi szkolnéj, a ja miałem zaszczyt być jéj referentem w téj sprawie, Sejm uchwalił na ostatniem posiedzeniu d. 29 listopada rezolucyję wzywającą c. k. Rząd, „aby w najkrótszym czasie ustanowił lekarzy szkolnych przy szkołach średnich w kraju naszym“. W skutek tego p. Minister Oświaty ma wszelką sposobność, żeby się w téj sprawie oświadczył, co według pomienionego artykułu jest rzeczą pożądaną.

Może Szan. Pan uzna za stosowne wypowiedziane w onym artykule zapatrywanie uzupełnić ewent. sprostować tą wiadomością, którą pozwalam sobie mu przesłać; ja zaś korzystam z téj sposobności, żeby wyrazić wysokie poważanie, z jakiem pozostaję powolnym sługą Zakrzewski.

Kraków d. 20 grudnia 1891 r.

Czyniąc zadość życzeniu JWP. p. Rektora Uniw. Jagiell. oświadczamy, że o w mowie będącéj rezolucyi Sejmu naszego wspomnieliśmy w Nrze 47 Przeglądu Lek.; ubolewanie zaś nasze, wyrażone w Nrze 51 Przegl Lek. odnosiło się do Rady państwa, w któréj o ważnéj téj instytucyi nie było mowy, a tem samem p. Minister nie miał sposobności wypowiedzenia zapatrywania swego na posiedzeniu Izby. *Redakcyja.*

* Na posiedzeniu jubileuszowem Wydziału lek. w Poznaniu wybrani zostali członkami honorowymi: proff. Baranowski, Brodowski i Hoyer z Warszawy, Madurowicz i Rydel z Krakowa, Nencki z Berna, Mierzejewski z Petersburga, Koch, Pasteur i Lister. Korespondentami: Sokołowski, Matlakowski, Bujwid, Dunin z Warszawy, Cybulski, Jaworski, Obaliński, Rydygier z Krakowa, Merunowicz ze Lwowa, Obtułowicz z Buczacza, Karliński ze Stolaca, Chodounsky z Pragi czeskiéj i Jurasz z Heidelberga. (Co do Obalińskiego zaszła oczywista omyłka, ponieważ już od lat kilku jest członkiem korespondentem.)

* Otrzymaliśmy numer jubileuszowy *Nowin Lekarskich* (z kolei 13-ty), wydany z powodu 25 letniego jubileuszu Wydziału lekarskiego T. P. N. w Poznaniu. Zeszyt ten ozdobiony portretem Mateckiego zawiera: Przemówienie Przewodniczącego radzcy Dra Wicherkiewicza, wspomnienie pośmiertne ś. p. Dra Mateckiego, napisane przez Dra Zielewicza, sprawozdanie z czynności Wydziału przez lat 25, skreślone przez Dra Świderskiego, spis członków od r. 1865 do 1890, życiorysy członków zmarłych w tym okresie, napisane przez Dra Kochlera; wreszcie rozprawy: Dra Zielewicza i Dra Jarnatowskiego o sposobie leczenia Kocha.

* W tygodniu 49 (7—13 grudnia) było w Krakowie małżeństw 3, urodzin 48, skonów 39 (26·55); z tych było: z zap. płuc 8, z gruźlicy 7, z płonicy 3.

* **Nekrologija**. W Berlinie umarł tajny radca lekarski prof. nadzw. Dr. Henryk Jacobson, prymaryjusz oddziału chorób wewn. w szpitalu żydowskim, licząc lat 64. Był on starszym bratem zmarłego już prof. okulistyki w Królewcu.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 50: Przewoskiego: Sposób przepajania tkanek parafiną; Sędziaka: W kwestyi rozpozn. i lecz. t. zw. wyrośli adenoid. w jamie noso-gardziel.; Noiszewskiego: Drobnoustrój jaglicowy; Cybulskiego: O ucisku mózgu (c. d.); — W *Medycynie* Nr. 50: Stankiewicza: O trudnościach przy wydobywaniu większych kamieni z pęcherza mocz. za pomocą cięcia. — W *Gazecie Lek.* Nr. 51: Święcickiego: Narośl miednicy kostnéj, cięcie ces., wyzdrowienie. — Sędziaka: Rozpozn. i leczenie t. zw. wyrośli adenoid. (dok.); Cybulskiego: O ucisku mózgu (dok.). — W *Medycynie* Nr. 51: Stankiewicza: O trudnościach przy wydobywaniu większych kamieni z pęcherza mocz. (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Doc. PIOTROWSKI (we Lwowie): O prądzie osiowym w nerwach (odbitka z *Rozp. Akad. Umiej.*) 1890, in 8-vo str. 10. — Tenże: Kilka słów o nerwicy języka (odbitka z *Przegl. Lek.*) 1890 in 8-vo str. 7. — Tenże: O nerwicach urazowych (odbitka z *Przegl. Lek.* 1890) in 8-vo str. 23. — Dr. K. E. WAGNER (z Petersburga): Contribution á l'étude de l'immunite. Le charbon des poules, Scean ex 1890, in 8-vo str. 33 z tabl. chromolitogr. (z oddziału Miecznikowa w zakladzie Pasteura). — Dr. Julius FESSLER (München): Klinisch-Experimentelle Studien ü. chirurg. Infectionskrankheiten, München, 1891 in 8-vo, str. 176. — Dr. J. BOGDANIK (w Biały): Die Geschosswirkung d. Mannlicher-gewehre (odbitka z *Wiener Klinik*) Wien, 1890, in 8-vo str. 28 z 26 rycinami.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.